

Docteur Douha SABEK-KARAM
Spécialiste qualifiée en orthodontie

Fiche d'informations confidentielles

Nom:	Date de naissance:
Prénom(s):	
Adresse	Contacts
Rue:	Tél domicile:
Ville:	Tél portable:
Code postal:	Courriel:
Nom et prénom de l'assuré:	Caisse de sécurité sociale
N° SS:	Complémentaire santé
	CMU-C2S: oui non
<u>Pour les mineur(e)s</u>	<u>Pour les majeur(e)s</u>
Nom et prénom du détenteur de l' autorité parentale	Profession:
Nom de la personne accompagnant l'enfant et son lien de parenté	Disponibilités:
Niveau scolaire:	
Êtes-vous adressé par un praticien, une connaissance?	Motif particulier de la consultation (s'il y en a un)

Apporter justificatif (attestation) des droits de sécurité sociale & la carte Vitale à jour

Informations médicales	Dates, traitements, interventions, remarques...
Êtes-vous atteint (ou l'avez vous été) de l'une des affections suivantes:	
CARDIAQUES (souffle cardiaque, angine de poitrine, infarctus, hypertension, athérosclérose...)	
RESPIRATOIRES (bronchite chronique,...)	
ALLERGIQUES (asthme, allergies aux anesthésiques, aux antibiotiques, à l'aspirine, à certains aliments,...)	
DIGESTIVES (nausées et vomissements, brûlures d'estomac, ulcère,...)	
SANGUINES (traitement anticoagulant, hémophilie, saignement fréquent et prolongé,..)	

VIRALES (hépatite virale A, B, C, HIV,...)	
NERVEUSES (perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie,...)	
HORMONALES Diabète, Problèmes Thyroïdiens,...	
Traitement pr Rayons X	
Avez-vous ressenti ces derniers jours de la fièvre, de la toux, des courbatures, ou une perte d'odorat ou de goût ? Avez-vous contracté le COVID19 ? L'un de vos proches a-t-il contracté le COVID19 ?	
ORL Amygdalectomie, ablation des végétations	
Suivi psychologique ou aide par une assistante sociale	
Orthophonie Nombre de séances faites et en cours Nom de l'orthophoniste	
Tics ou habitudes Succion du pouce, biberon, tétée de la langue,...	
Orthodontie Traitement antérieur ou en cours, abandon, ... Nom de l'orthodontiste	
Traitement buccodentaire en cours? Parodontal?	
Traumatisme dentaire Avez-vous subi un choc ou un traumatisme sur une dent ? Si oui laquelle, quand et les suites éventuelles	
Thérapeutiques parallèles Homéopathie, ostéopathie	
Votre médecin traitant Tél	
Votre chirurgien-dentiste Nom Tél	
<i>Fait à Tours le</i>	<i>Signature</i>
<i>La tenue de votre dossier est assurée sur un support informatisé, protégé selon les normes de sécurité en vigueur. La loi N°78-17 du 6 janvier 1978 vous donne un droit d'accès et de rectification.</i>	