

*Docteur Douha SABEK-KARAM  
Spécialiste qualifiée en orthodontie*

*Fiche d'informations confidentielles*

Nom:	Date de naissance:
Prénom(s):	
<b>Adresse</b>	<b>Contacts</b>
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' <b>autorité parentale</b>	Profession:
Nom de la <b>personne accompagnant</b> 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)
<b>Apporter justificatif (attestation) des droits de sécurité sociale &amp; la carte Vitale à jour</b>	

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

<b>VIRALES</b> (hépatite virale A, B, C, HIV,...)	
<b>NERVEUSES</b> (perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie,...)	
<b>HORMONALES</b> Diabète, Problèmes Thyroïdiens,...	
Traitement pr <b>Rayons X</b>	
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 <b>COVID19</b> ? L'un de vos proches a-t-il contracté le <b>COVID19</b> ?	
<b>ORL</b> Amygdalectomie, ablation des végétations	
<b>Suivi psychologique</b> ou aide par une assistante sociale	
<b>Orthophonie</b> Nombre de séances faites et en cours Nom de l'orthophoniste	
<b>Tics ou habitudes</b> Succion du pouce, biberon, tétée de la langue,...	
<b>Orthodontie</b> Traitement antérieur ou en cours, abandon, ... Nom de l'orthodontiste	
<b>Traitement buccodentaire en cours?</b> Parodontal?	
<b>Traumatisme dentaire</b> Avez-vous subi un choc ou un traumatisme sur une dent ? Si oui laquelle, quand et les suites éventuelles	
<b>Thérapeutiques parallèles</b> Homéopathie, ostéopathie	
<b>Votre médecin traitant</b> Tél	
<b>Votre chirurgien-dentiste</b> 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>	