

CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Docteur Fabienne ZAPATA

CHIRURGIEN DENTISTE

**SPECIALISTE QUALIFIEE EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
ORTHODONTIE EXCLUSIVE ENFANTS ET ADULTES**

QUESTIONNAIRE MEDICAL

ETAT CIVIL DU PATIENT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL :

Nom et prénom du Père : Profession du Père.....

Nom et prénom de la Mère : Profession de la Mère.....

Numéro de sécurité Social de l'assuré(e) :

Caisse : Mutuelle :

Adresse de l'assuré(e) :

Tel : E-mail :

HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom et prénom du Médecin Généraliste et/ou du Pédiatre :

Nom et prénom du Dentiste :

Le patient est-il actuellement en bonne santé ? NON OUI
Prend-il des médicaments ? NON OUI

Présente-t-il souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites, angines, etc...? NON OUI

A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations ? NON OUI

A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ? NON OUI

Souffre-t-il de l'une des affections suivantes ?
 Asthme Diabète Hépatite Rhumatismes Syncopes HIV

Souffre-t-il des problèmes suivants ?
 Sanguins Rénaux Nerveux Respiratoires D'alimentation Psychologiques

A-t-il déjà eu de graves réactions allergiques ? NON OUI

Est-il allergique ? NON OUI

HISTORIQUE FONCTIONNEL

Est-il suivi par un Orthophoniste ? NON OUI

A-t-il des difficultés à :
- Mastiquer NON OUI - Respirer NON OUI
- Avaler NON OUI - Parler NON OUI

Grince-t-il ou serre-t-il parfois des dents NON OUI

Ronfle-t-il en dormant ? NON OUI

Ronge-t-il ses ongles ? NON OUI

Suce-t-il son pouce ? NON OUI

A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? NON OUI

J'atteste l'exactitude de ce document. Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales de mon enfant.

Fait à

Nom Prénom :

Date :

signature :

CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Docteur Fabienne ZAPATA

CHIRURGIEN DENTISTE

SPECIALISTE QUALIFIEE EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE ORTHODONTIE EXCLUSIVE ENFANTS ET ADULTES

Vous ou votre enfant présentez des dysmorphoses dento-maxillo faciales, c'est à dire des dents en malposition, des déformations des maxillaires voire un mauvais équilibre facial, causes de désordres fonctionnels et esthétiques. Les causes de ces dysmorphoses peuvent être d'ordre varié: héréditaire, congénitales, fonctionnel...
Tout problème médical connu doit nous être immédiatement signalé avant et pendant le traitement.
Comment se déroule un traitement orthodontique:

1. Bilan Diagnostic évaluation

Pour diagnostiquer les troubles orthodontiques, votre praticien effectue un bilan clinique et peut réaliser ou prescrire des examens complémentaires tels que des radiographies, empreintes des arcades ou photographies. Une étude approfondie permettra d'établir un plan de traitement qui pourra ensuite être appliqué. Celui ci pourra nécessiter selon les cas, la collaboration d'autres disciplines telles que la chirurgie dentaire, l'ORL, l'Orthophonie, ou la chirurgie maxillo-faciale.

2. Le traitement

Une fois le diagnostic et le plan de traitement établis les soins seront menés à l'aide d'un appareil soit amovible, soit fixe, placé dans la boucle et associé ou non à des dispositifs auxiliaires internes (élastiques). Ces appareils peuvent entraîner une légère gêne qui peut se manifester par une sensibilité au cours des premiers jours. Votre orthodontiste vous donnera lors de la pose le conseils nécessaires pour améliorer votre confort au cours de cette période d'accoutumance.

3. Les obligations à respecter pendant le traitement

- *Hygiène*: maintenir une bouche propre: des conseils relatifs au brossage seront donnés au début du traitement. Un traitement orthodontique effectué dans de bonnes conditions d'hygiène n'entraîne pas de caries. Toutefois, il est indispensable de faire une visite de contrôle tous les six mois chez votre dentiste habituel pour prévenir ou détecter tout début de carie. Une hygiène insuffisante peut entraîner des tâches blanches (décalcifications de l'émail) ou une inflammation des gencives, autant de problèmes qui peuvent devenir irréversible.

- *Alimentation*: il faut veiller à la diminution des sucreries et à l'abandon des aliments collants (caramel, nougat, chewing-gum) ou durs qui peuvent déformer voire casser les appareils.

- *Coopération*: pour mener à bien le traitement il faudra respecter scrupuleusement les rendez-vous, suivre les consignes données, veiller à l'intégrité de l'appareil et l'abandon des habitudes nocives.

SI CES DERNIERS POINTS NE SONT PAS RESPECTES, L'ORTHODONTISTE SE RESERVE LE DROIT DE STOPPER LE TRAITEMENT.

4. La durée de traitement:

Elle est variable selon l'importance de la déformation, l'amplitude des déplacements à effectuer, le stade ou le type de croissance du patient et l'évolution des dents définitives. Elle varie donc d'un patient à l'autre et est très difficilement chiffrable précisément.
Le facteur le plus important reste cependant le respect scrupuleux des instructions données.

5. Les complications éventuelles, les limites, les contraintes

Il peut arriver (rarement) qu'en cours de traitement, il se produise un raccourcissement des racines dentaires, ou qu'un trouble des articulations des mâchoires soit mis en évidence, amenant le praticien à modifier, suspendre, voir interrompre le traitement. De même le traitement pourra être interrompu si les instructions thérapeutiques données par le praticien ne sont pas scrupuleusement respectées.

6. La contention = consolidation

Il est nécessaire de stabiliser les résultats obtenus par une phase d'appareillage plus simple, mais assez longue (une ou deux années) pour limiter le risque de récurrence.

Par la suite, il faut savoir que l'organisme évolue toute la vie. Ainsi des modifications mineures sont susceptibles d'apparaître sans pour autant compromettre les résultats obtenus.

Il est donc souhaitable de faire contrôler sa denture régulièrement.

7. Conclusion

Ces conseils et informations seront complétés par les explications que nous serons amenés à vous donner. Si à quelque moment que ce soit, vous aviez une incertitude, n'hésitez pas à contacter notre cabinet par téléphone ou nous questionner lors de notre rendez-vous.

Patient:

Le patient soussigné, ou ses parents ou tuteur légal, reconnaît avoir été pleinement informé par le praticien des conseils, contraintes, des complications éventuelles, des limites et risques des traitements d'orthopédie dento-faciale. Le patient reconnaît avoir reçu un devis de traitement avec les modalités de prise en charge de l'assurance maladie.

Nom du signataire

Qualité du signataire

Date:

Signature « lu et approuvé