Myriam Savaria-Audette
H.D. thérapeute myofonctionnelle

Questionnaire Médical

Identification

Nom : _____

Date de naissance : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tel cell : _____

Tel autre : _____

Courriel : _____

Dentiste : _____

_____

Orthodontiste : _____

_____

Médecin : _____

Autre suivi : _____

Allergies : alimentaire, nitrile, saisons, ect… :

_____

_____

_____

Histoire médicale

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :	Oui	Non
Trouble cardiaque (infarctus, angine, pression…) _____	☐	☐
Trouble du système nerveux (épilepsie, Alzheimer, scl. en plaque, …) _____	☐	☐
Problème pulmonaire (asthme, sinusite, tuberculose, emphysème,) _____	☐	☐
Trouble digestif (reflux, ulcère d'estomac, ballonnements, …) _____	☐	☐
Arthrite, Arthrose _____	☐	☐
Maux de tête fréquent _____	☐	☐
Maux d'oreilles _____	☐	☐
Problème oculaire _____	☐	☐

Médicaments : _____

_____

_____

Autres infos pertinentes : _____

_____

_____

Consentement libre et volontaire

- ✓ J'accepte que Myriam Savaria-Audette partage mon nom et ma date de naissance, ainsi que ses observations sur mon cas, de façon orale ou écrite, avec un autre professionnel de la santé, dans le but d'obtenir des soins plus adaptés. *Init* : _____
- ✓ J'accepte que Myriam Savaria-Audette prenne des photos et/ou des vidéos dans le but de documenter mon dossier. *Init* : _____
- ✓ J'accepte que Myriam Savaria-Audette utilise ces photos et/ou vidéos à des fins médicales et/ou éducatives (conférences, site web, formations). *Init* : _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

X _____ X _____

Signature du client ou responsable (si le client est mineur) jj/mm/aaaa

Signature de l'hygiéniste dentaire jj/mm/aaaa