

# **Docteur Corinne THERY-DUMEIX**

Spécialiste qualifiée en Orthopédie Dento-Faciale

Cabinet d'Orthodontie

« Le Solazur »

32, route de Fabrégas

83500 LA SEYNE SUR MER

Tél : 04.94.30.20.15.

La Seyne Sur Mer, le

**NOM de l'enfant :** .....**Prénom :** .....

Né (e) le : .....

Adresse : .....

.....Téléphone : .....

Adresse de messagerie.....

**NOM de l'assuré :** ..... **Prénom :** .....

Profession : .....

N° SS : .....Mutuelle : .....

Autre membre de votre famille déjà soigné dans notre cabinet : .....

Attitude de l'enfant face à un traitement d'ODF :

Enthousiasmé : .....Indifférent : ..... Craintif : ..... Réticent : .....

Suit-il un traitement médical ? .....Lequel ? .....

Transpire t'il de la tête pendant la nuit ?..... .

A t'il eu des problèmes cardiaques ? ..... Hématologiques ? .....

Allergiques ? .....Respiratoires ?.....

Métaboliques ? .....Infectieux ? ..... ORL ? .....

A t'il un syndrome neurologique ?.....

A t'il été opéré des amygdales ? .....Des végétations ?.....

Souffre t'il d'apnée du sommeil ?..... Ronfle t'il ?.....

A t'il sucé son pouce ? ..... A t'il mal aux articulations des mâchoires ? .....

Se plaint t'il de craquement ? ..... Se plaint t'il de claquement des mâchoires ? .....

Souffre t'il d'énurésie ?.....Pratique t'il le vélo avec les petites

roulettes ?.....

Grince t'il des dents ?.....

Nom du dentiste traitant : .....Recommandé par : .....

Nom de l'ostéopathe? .....

Nom de l'ORL.....

Signature des parents

*Ce document est strictement confidentiel.*