

ANNEXE 11

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION DE LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Questionnaire complété par médecin généraliste
 odontologiste
 ni médecin, ni dentiste

Age : Sexe : N° département :

Connaissez-vous les spécialités suivantes ?

- stomatologie oui non
- chirurgie maxillo-faciale oui non
- chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice oui non
- oto-rhino-laryngologie (ORL) oui non

Avez-vous été déjà traité par un stomatologiste ou un chirurgien maxillo-facial ou avez-vous déjà adressé l'un de vos patients à un stomatologiste ou un chirurgien maxillo-facial ?
 oui non

Pour chacun des problèmes suivants, à quel spécialiste vous adresseriez-vous en premier ou adresseriez-vous votre patient ?

- un stomatologistecocher 1
- un chirurgien maxillo-facialcocher 2
- un chirurgien ORLcocher 3
- un chirurgien plasticiencocher 4
- autrescocher 5

Traumatismes :

	1	2	3	4	5
Coupure au niveau du visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la pommette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture d'autres os de la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies

	1	2	3	4	5
Cancer de la cavité buccale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de la langue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes au niveau de l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grain de beauté (ou équivalent) sur le visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction autour des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction sur la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction du cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation de glande salivaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgie reconstructrice :

	1	2	3	4	5
Chirurgie des sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant atteint d'un bec de lièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant atteint d'une fente au niveau du palais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose d'implants dentaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgie esthétique :

	1	2	3	4	5
Chirurgie esthétique du nez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparence du visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparence des mâchoires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>