

Questionnaire médical enfant à remplir avant la première consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

Tél. portable *du patient* :

Nom et prénom : Date de naissance :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse complète :

Profession du responsable légal :

Tél. domicile / Tél. portable :

Email :

Dentiste traitant :

Numéro de sécurité sociale : CMU ? NON OUI

Mutuelle :

Caisse : CPAM MSA MGEN

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? Parent Ami Docteur Internet Autre:.....

VOTRE ENFANT A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Précisez lesquels :

Cardiaques Nerveux Rénaux Sanguins Respiratoires Comportementaux Epilepsie

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits médicaments, latex, aliments, anesthésie...) ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non Oui Précisez :

Lui a-t-on enlevé les : Végétations Amygdales

Votre enfant présente-t-il des troubles au niveau de la colonne vertébrale ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? Non Oui

Votre enfant a-t-il une fragilité ligamentaire ? Non Oui

Votre enfant est-il / a-t-il été suivi par :

Osthéopathe Kinésithérapeute ORL Orthophoniste

Pour quelle raison ? :

Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant joue-t-il d'un instrument de musique ?

Non Oui Précisez :

HISTORIQUE DENTAIRE

Avez-vous constaté une hérédité dentaire dans la famille

Non Oui Précisez :

Première visite chez le dentiste ?

Non Oui Précisez la date de la dernière visite :

Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?

Non Oui

A-t-il déjà été traité pour des caries ?

Non Oui

A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Non Oui

Votre enfant est-il actuellement en cours de traitement orthodontique ?

Non Oui Précisez le nom du praticien :

Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ?

Non Oui

Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons ?

Non Oui

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?

Non Oui

A-t-il subi un choc sur la face ?

Non Oui

Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une sucette ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :

Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?

Matin et soir Matin Midi Soir Irrégulièrement

Votre enfant prend-il encore le biberon ?

Non Oui Combien de fois par jour ? En quelle quantité ?

Grince-t-il des dents ?

Non Oui Précisez : éveillé endormi

Votre enfant ronfle-t-il ?

Non Oui

Votre enfant a-t-il des troubles du sommeil ?

Non Oui

Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?

Non Oui Si oui, quoi ?

Autres remarques utiles ?

Je soussigné(e) représentant légal de, atteste l'exactitude de ces informations
En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon orthodontiste.

Date

Signature du responsable légal :