

Questionnaire médical

à remplir avant la première
consultation au cabinet

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. Mlle NOM : Prénom :

Date de naissance : Taille : cm Poids : kg

Noms des parents (ou tuteur légal) : Prénoms :

Adresse : CP : VILLE :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Médecin traitant : Tél. :

Numéro de sécurité sociale :

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

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

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

Non Oui Précisez :

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits, médicaments) ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il un souffle au coeur ?

Non Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ?

Non Oui Précisez :

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

Non Oui Précisez :

HISTORIQUE DENTAIRE

Première visite chez le dentiste ?

Non Oui Précisez la date de la dernière visite :

Lui a-t-on déjà fait des démonstrations d'hygiène dentaire ?

Non Oui

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

Non Oui

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

Non Oui

Votre enfant a-t-il déjà reçu un traitement dentaire spécifique ?

Non Oui Précisez :

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 :

A-t-il déjà été anesthésié localement chez un dentiste ?

Non Oui

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 en dehors des repas ou du goûter ?

Non Oui

Boit-il des sirops ou du soda à table ?

Non Oui

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

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 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 de,
je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :