

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

Le questionnaire médical est confidentiel. C'est une obligation légale qui permet de vous prendre en charge efficacement et en toute sécurité.

NOM Prénom de l'enfant : _____

NOM des parents (ou du tuteur légal) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Nom du médecin traitant : _____

Email : _____

Motif de la consultation : _____

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé ?	OUI – NON
Si oui, merci de préciser :	
Votre enfant prend-il des médicaments ?	OUI – NON
Si oui, lesquels et pourquoi ?	
Votre enfant fait-il des allergies (médicamenteuses, alimentaires ou autres) ?	OUI – NON
Si oui, lesquelles ?	
Votre enfant fait-il des hémorragies répétées ? (Nez ou autres)	OUI - NON
A-t-il déjà ou va-t-il se faire opérer ?	OUI – NON
Si oui, pour quel motif ?	
Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? (TDAH, DYS, trouble autistique ...)	OUI - NON
Si oui, lesquels ?	
Est-ce la 1 ère visite de votre enfant chez un dentiste ?	OUI - NON
Si non, à quand remonte la dernière visite ?	
Est-ce que votre enfant mange entre les repas ? (en dehors du goûter)	OUI - NON
Si oui, à quelle fréquence et que mange-t-il ?	
Est-ce que votre enfant mange des sucreries, comme des bonbons ?	OUI - NON
Si oui : O de manière occasionnelle : fêtes, anniversaires, ... ? O régulièrement : il y a toujours des bonbons à la maison	O souvent : environ 1 fois par semaine
Que boit votre enfant entre les repas ?	
O eau O sodas O sirop à l'eau O lait O jus de fruits	
Quel dentifrice utilisez-vous (marque, âge, etc) ?	
Quand votre enfant se lave-t-il les dents ?	
O uniquement le soir O uniquement le matin O après chaque repas (matin/midi/soir) O très irrégulièrement O matin et soir	
Supervisez-vous le brossage de votre enfant ?	
O je le laisse faire tout seul O je le laisse commencer et je termine O je le laisse faire et je vérifie	
Votre enfant reçoit-il du fluor ?	OUI - NON
Si oui, comment ? O par l'eau du robinet O par des gouttes ou des pastilles de fluor O par un dentifrice, un gel ou un rinçage O par de l'eau en bouteille O par du sel de table	
Votre enfant a-t-il une des habitudes suivantes ?	
O succion du pouce / tétine O se mordre la langue, la lèvre, la joue, ... O croquer des glaçons ou des cacahuètes O se ronger les ongles O mâcher un crayon O jouer d'un instrument musical à vent O autre :	
Est-ce que des caries ont été remarquées dans le passé ?	OUI - NON
Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ?	OUI - NON
A-t-il déjà eu un appareil ou consulté un orthodontiste ?	OUI - NON
Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?	OUI - NON
Si oui, comment ?	
A-t-il déjà eu des problèmes lors de traitements dentaires dans le passé ?	OUI - NON
Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ?	OUI - NON
Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie locale ?	OUI - NON
Est-ce qu'il pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ?	OUI - NON

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et de ses prescriptions médicales.

J'autorise le Dr MATHERON Chloé à pratiquer les examens et soins nécessaires à la santé bucco-dentaire de mon enfant.

Fait à Ceyrat, le ____ / ____ / ____

Signatures des parents (ou du tuteur légal)