



Nom du patient : **Prénom :**
Date de naissance : .. / .. /
Nom des parents (ou du responsable légal) :

Questionnaire médical :



- 1- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui Non
- 2- Votre enfant est-il sous surveillance médicale ? Oui Non
• Si oui, depuis quand et pourquoi ?
- 3- Nom du médecin traitant: Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..
- 4- Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui Non
• Si oui, le(s)quel(s) ?
- 5- Votre enfant est-il allergique à la pénicilline, antibiotiques, ou autres médicaments ?
 Oui Non
- 6- Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? Oui Non
• Si oui, lesquelles ?
- 7- Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ? Oui Non
• Si oui : Quand ? Quoi ?
- 8- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui Non
- 9- Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? Oui Non
- 10- Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? Oui Non
- 11- Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés (du nez ou autres) ? Oui Non
- 12- Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ? Oui Non
- 13- Votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? Oui Non
- 15- Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? Oui Non
• Si oui , le(s)quel(s) ?

Tournez la page

Questionnaire dentaire :



- 1- Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? Oui Non
- Si non, à quand remonte la dernière visite ?
 - Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? Oui Non
- 2- Est-ce que votre enfant mange entre les repas ? Oui Non
- 3- Est-ce que votre enfant mange des sucreries ? Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- 4- Est-ce que votre enfant consomme des sodas (Coca, Fanta...)? Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- 5- Quand votre enfant se lave-t-il (ou elle) les dents ?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Matin et soir | <input type="checkbox"/> Après chaque repas |
| <input type="checkbox"/> Avant d'aller se coucher | <input type="checkbox"/> Très irrégulièrement |
- 6- Votre enfant se brosse-t-il les dents tout seul ? Oui Non
- 7- Votre enfant reçoit-il du fluor ? Oui Non
- Si oui, comment ?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Par l'eau du robinet | <input type="checkbox"/> Par de l'eau en bouteille |
| <input type="checkbox"/> Par des gouttes ou des pastilles de fluor | <input type="checkbox"/> Par un dentifrice |
- 8- Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? Oui Non
- 9- Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ? Oui Non
- A-t-il déjà eu un appareil ? Oui Non
- 10- Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? Oui Non
- Si oui, comment :
- 11- A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ? Oui Non
- 12- Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? Oui Non
- 13- Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? Oui Non
- 14- Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? Oui Non
- 15- Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ? Oui Non
- 16- Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? Oui Non

Fait à **Date :** .../.../.....

Signature des parents (ou du responsable légal) :