Historique Médical et Dentaire Enfant

Afin d'apporter à votre enfant la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis et sera consigné dans son dossier. Les réponses que vous fournirez feront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de l'état de santé de votre enfant ainsi que la détermination de son risque carieux individuel, et si nécessaire une adaptation du traitement et/ou prescriptions médicales.

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Poids : _____

Parents

❑ Mme ❑ M. NOM : _____ Prénom : _____ Téléphones : _____

❑ Mme ❑ M. NOM : _____ Prénom : _____ Adresse : _____

Parents séparés : ❑ OUI ❑ NON Préciser la garde : _____

Adresse Mail : _____ Nombre et âge des frères et sœurs : _____

Quel est le motif de la consultation ? 1

☐ Contrôle
☐ Douleur
☐ Autre :
_____

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé ? 2

☐ Cardiaque
☐ Vasculaire
☐ Pulmonaire (Asthme, …)
☐ Rénal
☐ Diabète
☐ Hépatique
☐ Sanguin
☐ Thyroïde
☐ Digestif
☐ Épilepsie
☐ Cancer actif
☐ Syndrome, lequel ?
_____
☐ Autre : _____

Est-ce que votre enfant a déjà subi une opération ? 3

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Est-ce que votre enfant a des allergies ? 4

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :
☐ Antibiotiques : _____
☐ Iode
☐ Latex
☐ Résine
☐ Métal : _____
☐ Anesthésie
☐ Autre : _____

Habitudes Alimentaires ? 8

Fréquences des repas (entourez les réponses) : Matin Midi Goûter Soir

Grignotage entre les repas : ☐ Oui ☐ Non

Aliments sucrés (bonbons, gâteaux, chocolats, fruit…) :_____

Boissons principales :
☐ Eau du robinet
☐ Eau embouteillée, précisez _____
☐ Sirops
☐ Jus
☐ Sodas (Ice tea, Coca Cola …)
☐ Eau gazeuse, précisez _____

Boissons occasionnelles :
☐ Sirops
☐ Sodas
☐ Jus
☐ Boissons énergétiques
Préciser la fréquence _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ? 5

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :
☐ Sirops médicamenteux
☐ Homéopathie
☐ Autres : ____

Hygiène bucco-dentaire ? 7

Nombre de brossage quotidien (entourez les réponses) : Matin Midi Soir
Qui brosse ? _____
Types de brosse à dent (électrique ou manuelle ou les 2) : _____
Type de dentifrice (fluor) : _____
Durée du brossage : _____

Nom du médecin traitant :
_____ 6

N'oubliez pas de tourner la page

« J'atteste l'exactitude des renseignements fournis dans ce questionnaire et m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant ou ses traitements médicamenteux. »

« J'autorise les praticiens du cabinet dentaire prenant en charge mon enfant à réaliser les examens et soins nécessaires à sa santé bucco-dentaire, dans le cadre de la prise en charge convenue avec le représentant légal. »

« J'autorise la réalisation de photographies à visée médicale nécessaires au diagnostic, au suivi et à la constitution du dossier médical de mon enfant. »

NOM et Prénom de l'accompagnant : ----------

❍ **Père ou Mère de l'enfant** ❍ **Tuteur légal**

Fait à Saint Porchaire, le __ __ /__ __ /__ __ __ SIGNATURE DE L'ACCOMPAGNANT :

!!! Dans la mesure du possible, merci de nous apporter l'ordonnance du médecin.