

Dr Constance PELLERIN-MARTIN
Docteur en Chirurgie-Dentaire de la Faculté de Nantes
C.E.S. Pédodontie/Prévention
D.U. Odontologie Pédiatrique Clinique, Paris V
Assistant Hospitalo-Universitaire, Rennes
10, Bd du Maréchal Lyautey
17000 La Rochelle
Tél : 05.46.42.08.37



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Bienvenue à La Petite Clinique des Dents. Veuillez compléter ce questionnaire confidentiel de façon très précise afin que nous puissions apprendre à connaître votre enfant et lui proposer les soins dentaires les mieux adaptés.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date du jour : ... /... /..... Nom et prénom du patient :

Adresse :

Code postal : Ville :

Age : Date de naissance : ... /... / Sexe : M F

Nom du père : Nom de la mère :

Profession : Profession :

Tél. mobile : Tél. mobile :

Tél. maison : Tél. maison :

Tél. bureau : Tél. bureau :

Email : Email :

Parents divorcés :

La personne responsable de l'enfant : père mère

autre merci de préciser :

Vous êtes envoyé par :

Le motif de votre consultation :

HISTORIQUE MÉDICAL

Médecin traitant (nom et adresse) :

Votre enfant est-il suivi par un médecin ? oui non Si oui, pour quelle raison ?

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? oui non Si oui, lesquels ?

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations (BCG, tétanos, hépatite B) ?
oui non

Votre enfant est-il ALLERGIQUE aux médicaments, à la nourriture ou autre ?
oui non Si oui, veuillez préciser :

Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?
oui non Si oui, pour quelle raison ?

Pathologie de la grossesse ? oui non
Précisez (rubéole, toxoplasmose, intoxication maternelle, maladie gravidique, hémorragie)

Pathologie de la naissance ? Oui Non
Précisez (prématuré, souffrance néo-natale, hospitalisation de l'enfant).....

Votre enfant saigne-t-il beaucoup après une coupure ? oui non

Historique médical paternel/maternel important :

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Glandulaires |
| <input type="checkbox"/> Endocriniens | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Cérébraux |
| <input type="checkbox"/> Auditifs | <input type="checkbox"/> Immunologiques | <input type="checkbox"/> Sanguins/hémophilie | <input type="checkbox"/> Jaunisse |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Pulmonaires | <input type="checkbox"/> Spasmophilie | <input type="checkbox"/> Dermatologique |
| <input type="checkbox"/> Tension Thyroïde | <input type="checkbox"/> Nerveux | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Rénaux |
| <input type="checkbox"/> Cardiaques-
valvulaires | <input type="checkbox"/> Hépatiques | <input type="checkbox"/> Digestifs | <input type="checkbox"/> Hépatite virale |
| <input type="checkbox"/> Oculaires | <input type="checkbox"/> Irradiations | <input type="checkbox"/> Comportementaux | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse | <input type="checkbox"/> Maladie maligne | <input type="checkbox"/> Transfusions | |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | | | |

.....
Veuillez préciser les éléments cochés :

HISTORIQUE DENTAIRE

Est-ce la première visite de votre enfant chez le dentiste ? oui non

Si non, quand était la dernière visite et pour quelle raison ?

.....
Votre enfant a-t-il eu une expérience désagréable ou difficile chez le dentiste ? oui non

Le père, la mère ou le tuteur de l'enfant présente un historique carieux élevé ? oui non

Votre enfant a-t-il eu un traumatisme au niveau de la bouche ou de la tête ? oui non

Votre enfant est-il suivi par un chirurgien-dentiste ou orthodontiste ? oui non

Si oui, par quel praticien ?

Votre enfant se brosse les dents : matin midi soir

Veuillez cocher si un ou plusieurs des points suivants concerne votre enfant et précisez jusqu'à quel âge :

- | | | | | |
|--|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prise de tétine | <input type="checkbox"/> Suce le pouce | <input type="checkbox"/> Suce ses doigts | <input type="checkbox"/> Grince des dents | |
| <input type="checkbox"/> Dentifrice non-fluoré | <input type="checkbox"/> Eau de robinet | <input type="checkbox"/> Ronge ses ongles | | |
| <input type="checkbox"/> Biberon au coucher | <input type="checkbox"/> Allaitement | <input type="checkbox"/> Respiration buccale | | |
| <input type="checkbox"/> Boissons sucrées entre les repas (lait, jus, sirop, soda) | <input type="checkbox"/> Grignotage entre les repas | | | |
| <input type="checkbox"/> Eau minérale – type(s) : | <input type="checkbox"/> Eau de robinet | | | |
| <input type="checkbox"/> Dentifrice fluoré – marque : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Compléments fluorés | <input type="checkbox"/> Zymafluor | <input type="checkbox"/> Zymaduo | <input type="checkbox"/> Fluorex | <input type="checkbox"/> Autre: |

.....
Précisions :

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Sport, hobby ou activité, favori de votre enfant :

Autre information intéressante sur votre enfant :

Veuillez noter tout/e question, souci ou commentaire concernant votre enfant :
.....

Pour tout enfant mineur, il est obligatoire qu'un consentement signé par un parent ou tuteur nous soit remis avant tout traitement dentaire. Veuillez donc lire attentivement et signer la déclaration ci-dessous:

« Je suis informé du fait que les informations fournies sur ce questionnaire sont essentielles à l'évaluation des affections bucco-dentaires et des soins dentaires éventuels de mon enfant. Il a également été porté à mon attention que tout changement dans l'état de santé de mon enfant doit être signalé au cabinet dentaire dès que possible. J'ai lu et compris chaque question et y ai répondu avec sincérité et du mieux possible ».

Le soussigné s'engage à payer tous les frais engagés pour l'enfant dans le cadre des soins dentaires réalisés.

Signature du parent : Date : / /