

*Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif du chirurgien-dentiste de votre enfant dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans le dossier patient de votre enfant. Toutes les indications renseignées sont soumises au secret médical.*

## Informations générales - Enfant

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Taille : ..... Poids : .....

Adresse (N°, voie, code postal, ville) : .....

Motif de la consultation : .....

Date de la dernière visite de votre enfant chez un chirurgien-dentiste : .....

Nom du précédent chirurgien-dentiste : .....

Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) : .....

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Pour quel problème de santé ? : .....

Est-il à jour de ses vaccins ?  Oui  Non

## Informations générales - Parents

### Parent (ou tuteur légal) 1

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse (N°, voie, code postal, ville) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

### Parent (ou tuteur légal) 2

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse (N°, voie, code postal, ville) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

### Qui est détenteur de l'autorité parentale ?

Parent (ou tuteur légal) 1  Parent (ou tuteur légal) 2  Autre : .....

### L'enfant réside chez :

Parent (ou tuteur légal) 1  Parent (ou tuteur légal) 2  Autre : .....

# Santé

## Votre enfant a ou a-t-il eu des problèmes de santé ?

Si oui à l'item concerné, cochez le rond correspondant et précisez la date ou depuis combien de temps.

| Période pré et post-natale          | Précisions Date/Durée |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Prématurité   |                       |
| <input type="radio"/> Autre : ..... |                       |

| Maladies cardiaques                            | Précisions Date/Durée |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Cardiopathie congénitale |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....            |                       |

| Maladies du sang                    | Précisions Date/Durée |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Hémophilie    |                       |
| <input type="radio"/> Autre : ..... |                       |

| Maladies respiratoires                             | Précisions Date/Durée |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Asthme                       |                       |
| <input type="radio"/> Apnée du sommeil de l'enfant |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....                |                       |

| Maladies neurologiques              | Précisions Date/Durée |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Epilepsie     |                       |
| <input type="radio"/> Autre : ..... |                       |

| Allergies                                     | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Alimentaires : .....    |                       |
| <input type="radio"/> Médicamenteuses : ..... |                       |

| Autres maladies                                   | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Maladie rare : .....        |                       |
| <input type="radio"/> Maladie auto-immune : ..... |                       |

| Maladies endocriniennes             | Précisions Date/Durée |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Diabète       |                       |
| <input type="radio"/> Autre : ..... |                       |

| Maladies rénales                          | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Insuffisance Rénale |                       |
| <input type="radio"/> Dialyse             |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....       |                       |

| Maladies ORL  | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Sinusite - Type : <input type="radio"/> Unilatérale ou <input type="radio"/> Bilatérale |                       |
| <input type="radio"/> Otite - Type : <input type="radio"/> Unilatérale ou <input type="radio"/> Bilatérale    |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....   |                       |

| Maladies digestives                            | Précisions Date/Durée |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Reflux gastro-œsophagien |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....            |                       |

| Maladies infectieuses               | Précisions Date/Durée |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Herpès        |                       |
| <input type="radio"/> Varicelle     |                       |
| <input type="radio"/> Muguet        |                       |
| <input type="radio"/> Autre : ..... |                       |

| Cancer  | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Antécédent de cancer - Type : ..... |                       |
| <input type="radio"/> Cancer actif - Type : .....         |                       |
| <input type="radio"/> Radiothérapie                       |                       |
| <input type="radio"/> Chimiothérapie                      |                       |

| Consommation de substances                               | Précisions Date/Durée |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Tabac - Nb cigarettes/jour : ..... |                       |
| <input type="radio"/> Alcool - Nb verres/jour : .....    |                       |
| <input type="radio"/> Cannabis                           |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....                      |                       |

| Autres problèmes de santé   | Précisions Date/Durée |
|---|-----------------------|
| <input type="radio"/> Violences subies au cours de la vie (à l'école, à la maison...) |                       |
| <input type="radio"/> Dépression  |                       |
| <input type="radio"/> Tétanie/Spasmophilie  |                       |
| <input type="radio"/> Autre : .....   |                       |

## Soins dentaires

Avez-vous de l'appréhension lors de vos rendez-vous chez le dentiste ?  Oui  Non

Si oui, n'abordez pas ce sujet avec l'enfant avant son rendez-vous.

Est-ce que votre enfant a exprimé une appréhension avant de venir au cabinet dentaire ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des soins dentaires ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

A-t-il eu des problèmes à cette occasion ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des complications à la suite de soins dentaires ?

- Allergie ?  Oui  Non - Malaise-Perte de connaissance ?  Oui  Non - Hémorragie ?  Oui  Non

Y a-t-il des problèmes bucco-dentaires particuliers dans la famille de l'enfant ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

# Adolescentes

**Votre fille est-elle enceinte ?**  Oui  Non

Si oui, nombre de semaines/mois : .....

**Votre fille allaite-t-elle ?**  Oui  Non

---

## Habitudes de vie

### - Alimentation

**Votre enfant consomme-t-il des boissons à l'endormissement ou dans la nuit (y compris le biberon ou l'allaitement) ?**

Oui  Non Si oui, quelle(s) boisson(s) ? .....

**Votre enfant boit-il de l'eau ?**  Oui  Non

**Achetez-vous des boissons de type « jus de fruits, sodas, sodas light... » ?**  Oui  Non

**Votre enfant consomme-t-il des boissons de type « jus de fruits, sodas, sodas light... » ?**  Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence :  moins d'1 fois/mois  1 fois/mois  1 fois/sem.  1 fois/jour  plusieurs fois/jour

**Que boit votre enfant entre les repas ?** .....

**Votre enfant consomme-t-il des aliments entre les repas ?**  Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence ? .....

Quels aliments consomme-t-il ? .....

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?**  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

### Remarquez-vous chez votre enfant :

- Des tentatives d'évitement des repas ?  Oui  Non

- Une lenteur dans la prise alimentaire entraînant un allongement des repas ?  Oui  Non

- Un manque d'appétit récurrent ?  Oui  Non

- Une sélectivité alimentaire : goût, texture, température, aspect ?  Oui  Non

- Une intolérance aux morceaux et aux aliments nouveaux ?  Oui  Non

- Des fausses-routes, troubles de la déglutition ?  Oui  Non

- Des douleurs ?  Oui  Non

- Une mastication difficile ?  Oui  Non

- Un évitement de la mastication ?  Oui  Non

### - Hygiène bucco-dentaire

**A quel(s) moment(s) votre enfant se lave-t-il les dents ?**  Oui  Non

*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.*

matin  midi  soir

avant les repas  après les repas

tous les jours  régulièrement  parfois  occasionnellement

### Votre rôle dans le brossage des dents de votre enfant

Je le laisse faire tout seul  Je le laisse commencer et je termine  Je laisse faire en vérifiant

Je fais entièrement le brossage

**Matériel et type de dentifrice utilisés :** .....

## - Sommeil

**Lors de son sommeil, remarquez-vous chez votre enfant ?**

*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.*

- des ronflements    une respiration forte    une respiration par la bouche    des arrêts momentanés de la respiration  
 des réveils fréquents    un sommeil agité avec une transpiration nocturne

**En journée, trouvez-vous que votre enfant est... ?**    Anormalement fatigué    Très actif

## - Autres habitudes

**Votre enfant a-t-il l'habitude (ou a-t-il eu l'habitude) de... ?**

- Sucrer son puce ou une tétine    Grincer des dents  
 Se ronger les ongles    Mâcher un crayon  
 Se mordre la lèvre, la langue, la joue  
 Jouer d'un instrument musical à vent

**Remarques ou autres informations relatives à votre enfant :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*« Nous certifions que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et nous nous engageons à lui signaler toute modification de l'état de santé de notre enfant. »*

Date :

Signature(s) :