

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 pouce 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) :