

*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) :