

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
☐ Prématurité	
☐ Autre :	

Maladies cardiaques	Précisions Date/Durée
☐ Cardiopathie congénitale	
☐ Autre :	

Maladies du sang	Précisions Date/Durée
☐ Hémophilie	
☐ Autre :	

Maladies respiratoires	Précisions Date/Durée
☐ Asthme	
☐ Apnée du sommeil de l'enfant	
☐ Autre :	

Maladies neurologiques	Précisions Date/Durée
☐ Epilepsie	
☐ Autre :	

Allergies	Précisions Date/Durée
☐ Alimentaires :	
☐ Médicamenteuses :	

Autres maladies	Précisions Date/Durée
☐ Maladie rare :	
☐ Maladie auto-immune :	

Maladies endocriniennes	Précisions Date/Durée
☐ Diabète	
☐ Autre :	

Maladies rénales	Précisions Date/Durée
☐ Insuffisance Rénale	
☐ Dialyse	
☐ Autre :	

Maladies ORL	Précisions Date/Durée
☐ Sinusite - Type : ☐ Unilatérale ou ☐ Bilatérale	
☐ Otite - Type : ☐ Unilatérale ou ☐ Bilatérale	
☐ Autre :	

Maladies digestives	Précisions Date/Durée
☐ Reflux gastro-œsophagien	
☐ Autre :	

Maladies infectieuses	Précisions Date/Durée
☐ Herpès	
☐ Varicelle	
☐ Muguet	
☐ Autre :	

Cancer	Précisions Date/Durée
☐ Antécédent de cancer - Type :	
☐ Cancer actif - Type :	
☐ Radiothérapie	
☐ Chimiothérapie	

Consommation de substances	Précisions Date/Durée
☐ Tabac - Nb cigarettes/jour :	
☐ Alcool - Nb verres/jour :	
☐ Cannabis	
☐ Autre :	

Autres problèmes de santé	Précisions Date/Durée
☐ Violences subies au cours de la vie (à l'école, à la maison...)	
☐ Dépression	
☐ Tétanie/Spasmophilie	
☐ 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
- Une respiration le plus souvent par la bouche ? ☐ 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) :