



QUESTIONNAIRE MEDICAL ET DENTAIRE ENFANT

Nom prénom :

Nom des parents ou du tuteur légal :

HISTORIQUE MEDICAL

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Votre enfant a-t-il des problèmes de santé | OUI | NON |
| - Prend-il des médicaments ?
Si oui lesquels ? | OUI | NON |
| - Est-il allergique à la pénicilline, aux antibiotiques ou autre médicament ? | OUI | NON |
| - A-t-il d'autres allergies ?
Si oui lesquelles ? | OUI | NON |
| - A-t-il déjà été opéré ? | OUI | NON |
| - A-t-il un souffle au cœur ? | OUI | NON |
| - Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? | OUI | NON |
| - Souffre-t-il de troubles nerveux ? | OUI | NON |
| - A-t-il des maux de tête ou des migraines ? | OUI | NON |

HISTORIQUE DENTAIRE

- | | | |
|---|--|-----|
| - Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? | OUI | NON |
| - Sinon à quand remonte la dernière visite ? | | |
| - Est-ce que votre enfant mange des sucreries (bonbons), boit des sodas ? | OUI | NON |
| - Votre enfant se lave les dents ? : | | |
| ○ Quoi qu'il ait mangé | ○ Après chaque repas | |
| ○ Avant d'aller se coucher | ○ Très irrégulièrement | |
| - Reçoit-il du fluor ? | | |
| ○ par l'eau du robinet | ○ par l'eau en bouteille | |
| ○ par des gouttes ou pastilles de fluor | ○ par un dentifrice, un gel ou un rinçage | |
| - Votre enfant a-t-il eu ou a toujours l'une des habitudes suivantes ? : | | |
| ○ succion du pouce/tétine | ○ se ronger les ongles | |
| ○ mâcher un stylo, un crayon... | ○ Se mordre la langue, la lèvre ou la joue | |
| ○ jouer d'un instrument musical à vent | ○ Croquer des cacahuètes ou des glaçons | |
| ○ autres : | | |
| - A-t-il déjà eu un appareil ? | OUI | NON |
| - Age et Poids de l'enfant : . | | |

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et de ses prescriptions médicales.

Fait à :

Date :

Signature des parents ou tuteur légal (NOM Prénom) :