



## 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 ?<br>Si oui lesquels ?                             | OUI | NON |
| - Est-il allergique à la pénicilline, aux antibiotiques ou autre médicament ? | OUI | NON |
| - A-t-il d'autres allergies ?<br>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 |
| - <b>Age et Poids</b> 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) :