

HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom du patient : _____ prénom(s) : _____
date de naissance : _____
nom des parents (ou du tuteur légal) _____

HISTORIQUE MEDICAL (entourer la réponse)

- Nom du médecin traitant : _____ téléphone : _____
- votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? OUI NON
- votre enfant est-il sous surveillance médicale ? OUI NON
si oui depuis quand et pourquoi ?
- votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON
si oui, lesquels ?
- votre enfant est-il allergique à la pénicilline, aux antibiotiques
ou autres médicaments ? OUI NON
- votre enfant a-t-il d'autres allergies OUI NON
si oui lesquelles ?
- Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ? OUI NON
Quand ? _____ Quoi ? _____
- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI NON
- votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? OUI NON
- une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? OUI NON
- Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements
répétés (du nez ou autres?) OUI NON
- votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite OUI NON
- votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? OUI NON
dépression crises de nerfs vertiges problème d'apprentissage
- votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? OUI NON
- votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? OUI NON
Si oui, lesquels ? _____

HISTORIQUE DENTAIRE

- est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? OUI NON
- Sinon à quand remonte la dernière visite ?
- Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? OUI NON
- est-ce que votre enfant mange entre les repas ? OUI NON
- Est-ce que votre enfant mange des sucreries comme des bonbons,
des sodas ? OUI NON
- quand votre enfant se lave-t-il les dents ?
quoi qu'il ait mangé
après chaque repas
avant d'aller se coucher
très irrégulièrement

signature des parents (ou du tuteur légal),
date :

- | | | |
|--|---|-----|
| - votre enfant reçoit-il du fluor ? | OUI | NON |
| si oui, comment ? | par l'eau du robinet
par de l'eau en bouteille
par des gouttes ou des 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 crayon, un stylo...
se mordre la langue, la lèvre ou la joue
jouer d'un instrument musical à vent
croquer des cacahuètes ou des glaçons
autres : | |
| - Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? | OUI | NON |
| - lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) | OUI | NON |
| - A-t-il déjà eu un appareil ? | OUI | NON |
| - votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents | OUI | NON |
| si oui, comment : | | |
| - a-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ? | OUI | NON |
| - un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? | OUI | NON |
| - votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? | OUI | NON |
| - votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? | OUI | NON |
| - votre enfant a-t-il déjà eu un sealant ?
(vernis de protection des dents) | OUI | NON |
| - est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? | OUI | NON |

Merci de votre collaboration,

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.

Signature des parents (ou du tuteur légal) :

Fait à
Date :