

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : Date de naissance :

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Adresse complète :

Code postale : Tél(s) :

Email :@.....

Médecin traitant / Tél. :

Numéro de sécurité sociale :

VOTRE ENFANT A T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits, médicaments) ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant a-t-il un souffle au coeur ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ?

Non Oui Précisez :

- Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ?

Non Oui Précisez :

HISTORIQUE DENTAIRE

- Première visite chez le dentiste ?

Non Oui Précisez la date de la dernière visite :

- Lui a-t-on déjà fait des démonstrations d'hygiène dentaire ?

Non Oui

- Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?

Non Oui

- A-t-il déjà été traité pour des caries ?

Non Oui

- Votre enfant a-t-il déjà reçu un traitement dentaire spécifique ?

Non Oui Précisez :

- A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Non Oui

- Votre enfant est-il actuellement en cours de traitement orthodontique ?
Non Oui Précisez le nom du praticien :
- A-t-il déjà été anesthésié localement chez un dentiste ?
Non Oui
- Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ?
Non Oui
- Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons en dehors des repas ou du goûter ?
Non Oui
- Boit-il des sirops ou du soda à table ?
Non Oui
- S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?
Non Oui
- Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une tétine ?
Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement
Terminée depuis l'âge de :
- Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?
Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement
Terminée depuis l'âge de :
- A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?
Matin et soir Matin Midi Soir Irrégulièrement
- Votre enfant prend-il encore le biberon ?
Non Oui Combien de fois par jour ?
En quelle quantité ?
- Grince-t-il des dents ?
Non Oui Précisez : éveillé endormi
- Votre enfant ronfle-t-il ?
Non Oui
- Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?
Non Oui Si oui, quoi ?
- Autres remarques utiles ?
.....
.....
.....

Je soussigné(e)représentant légal de
....., atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date

Signature du patient :