

Questionnaire médical ENFANT

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans son dossier patient.

Nom et prénom : _____ date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. 1 : _____ Tél. 2 : _____ E-mail : _____

Responsable légal père mère autre les parents sont-ils divorcés ? oui non

Qui vous a adressé ou recommandé le cabinet ? : _____

Motif de la visite

Contrôle, Bilan Bucco-Dentaire
Extractions

Douleur :
Caries :

Orthodontie :
Arrêt du pouce :

Votre enfant est-il sujet à ?

(Cochez la case, précisez et depuis combien de temps)

- A-t-il une maladie chronique ou génétique ? _____

- Quel est son médecin traitant ? _____

- Prend il actuellement des médicaments ? Si oui, précisez lesquels ? (vous pouvez joindre votre ordonnance)

- A t-il un terrain allergique ? _____

- A-t-il déjà consulté un : Dentiste Ostéopathe Allergologue O.R.L un orthophoniste

Si autre que pour un contrôle indiquez le motif : _____

- A-t-il déjà été opéré : _____

- En général tout se passe bien lors de soins dentaires ? : _____

Renseignements complémentaires

- Tout jeune, a-t-il pris : la tétine son pouce un doudou rien âge d'arrêt _____

- La nuit, il respire : par le nez la bouche en ronflant

- Quelle est la fréquence de ses brossages? 1/j 2/j 3/j

- Utilise-t-il une brosse à dents manuelle électrique ? les deux ?

- A-t-il une activité sportive ? Oui Non , laquelle _____

- A-t-il un téléphone portable ? Oui Non , numéro _____

- Passe-t-il du temps devant la TV ou un objet connecté ? Oui Non Heures/Jour _____

Considérez-vous les soins bucco-dentaires comme importants ? Oui Non

Seriez-vous d'accord pour suivre des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire, par votre dentiste ou son assistante ? Oui Non

Date et signature :