

Questionnaire médical de pédodontie

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision.

L'ENFANT : Nom : Prénom : Date de naissance : F / G: Poids :
Age : ans Classe de : Nombre dans la fratrie :
Nom du pédiatre ou médecin généraliste :;.....
Nom du représentant légal (assuré) :
Profession : Père :
Mère :
Motif de la consultation :
Est – ce la 1ère fois chez le dentiste ? Votre enfant nous a t - il été adressé ? Nom du Dr :
En connaissez vous les raisons :
A-t-il/elle déjà fait de l'orthodontie ? orthophonie ? Ostéopathie ? Suivi psychologique ?

1. Pathologies et antécédents

| | | | | | |
|--|-----|-----|------------------------------------|-----|-----|
| - Cardiaque | oui | non | - VIH/Hépatite | oui | non |
| - Diabète | oui | non | - Pertes de connaissance, vertiges | oui | non |
| - Neurologique (AVC, épilepsie...) | oui | non | - Anxiété ou nervosité | oui | non |
| - Respiratoire (asthme...) | oui | non | - Maux de tête | oui | non |
| - Sanguine (anémie, hémophilie...) | oui | non | - Autres | | |
| - Antécédents chirurgicaux ? Anesthésie Générale ? | | | | oui | non |
| - Accident, chute, traumatisme | | | | oui | non |
| - Traitement médical ? | | | | oui | non |
| Si oui, depuis combien de temps ? | | | | | |

2. Allergies

| | | | | | |
|--|-----|-----|-------------------------------|-----|-----|
| - Médicament (antibiotique, codéine..) | oui | non | - Kiwi, banane, latex, métaux | oui | non |
| - Cutanée, respiratoire, saisonnière | oui | non | - Autres | | |

3. Parafonctions et Hygiène bucco-dentaires

| | | |
|--|-----|-----|
| - Succion d'un ou plusieurs doigts et date d'arrêt | oui | non |
| - Succion d'une tétine ou doudou ou autre et date d'arrêt | oui | non |
| - Habitude de mordiller quelque chose (ongles, stylo, joues, lèvres,) | oui | non |
| - Votre enfant boit il au biberon ? A quelle fréquence ? le garde t - il la nuit ? | oui | non |
| - L'enfant se brosse t il les dents ? | oui | Non |
| A quelle fréquence ? seul(e) ou avec un adulte ? | | |
| Nom du dentifrice utilisé : | | |
| - Votre enfant a t il accès au grignotage entre les repas ? | | |
| A quelle fréquence ? Quels types d'aliments ? | | |
| - Votre enfant boit - il des sodas / Jus / Sirops ? Préciser..... | | |
| A quelle fréquence ? | | |

4. Sommeil

| | | |
|---|-----|-----|
| - dort bouche ouverte ? | oui | non |
| - Ronfle la nuit | oui | non |
| - Enurésie nocturne | oui | non |
| - Bave sur son oreiller | oui | non |
| - Difficultés à avaler, mastiquer, parler, respirer | | |

Autorisation de soins patient mineur :

Je soussigné(e) père/mère, titulaire de l'autorité parentale et responsable légal de l'enfant..... certifie la véracité des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à avertir le Docteur en cas de modification de ces renseignements.

J'autorise le Docteur à pratiquer tout soin et/ou acte médical nécessité par l'état bucco-dentaire de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge. **Date et signature :**