

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 :**