



## Fiche de renseignements / QUESTIONNAIRE MEDICAL

***Nous allons envisager ensemble un traitement bucco-dentaire et afin de traiter votre enfant dans les meilleures conditions et d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. Nous vous en remercions.***

Nom, Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse, si différente : \_\_\_\_\_

Téléphone sur lequel on puisse laisser un message : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Frères, sœurs, situation dans la fratrie ? \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Y a-t-il une situation familiale à préciser (parents séparés, garde alternée...) ? \_\_\_\_\_

Profession des parents : \_\_\_\_\_

Coordonnées du Dentiste : \_\_\_\_\_

Quel est le motif de consultation ? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous eu nos coordonnées ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? Si Oui, quand et pendant combien de temps ? Avec quel type d'appareil ? Quelles sont les coordonnées du praticien qui a suivi ce traitement ? \_\_\_\_\_

***Merci de préciser si les points suivants concernent ou ont concerné votre enfant :***

- consultation chez un orthophoniste ? (Si Oui, merci de nous indiquer ses coordonnées) \_\_\_\_\_

- troubles du sommeil ? Ronflements, apnée du sommeil... \_\_\_\_\_

- consultation chez un ORL ? (Si Oui, merci de nous indiquer ses coordonnées) \_\_\_\_\_

- grincement, serrement des dents ? \_\_\_\_\_

- Succion du pouce ? de la tétine, de la lèvre, de la langue ? L'enfant se ronge-t-il les ongles ?  
Autre habitudes ? \_\_\_\_\_

- allergies ? A quoi ? \_\_\_\_\_

- prise régulière de médicaments ? Lesquels ? \_\_\_\_\_

- interventions chirurgicales ? Lesquelles ? \_\_\_\_\_

- hospitalisation ? Pourquoi ? \_\_\_\_\_

- troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ? \_\_\_\_\_

A quand remonte le dernier examen bucco-dentaire ? \_\_\_\_\_

Quelle est la régularité du brossage dentaire ? \_\_\_\_\_

Y a-t'il eu déjà eu pour votre enfant des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ? Si Oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà subi des chocs sur les dents ? Y a-t-il eu des fractures dentaires associées ? \_\_\_\_\_

L'enfant est-t-il actuellement suivi par un médecin. Pourquoi ? \_\_\_\_\_

**A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements concernant mon enfant. En cas de modifications de son état de santé et/ou des prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui le soigne au rendez-vous suivant.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature des parents: \_\_\_\_\_