

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ENFANT

Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'exactitude et de précision.

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance :

Nom des parents ou du tuteur légal :

Nom du médecin traitant :

1. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Non Oui
2. Votre enfant est-il sous surveillance médicale ? Non Oui
Si OUI, depuis quand et pourquoi ?
3. Votre enfant prend-il des médicaments ? Non Oui
Si OUI, le(s)quel(s) ?
4. Est-il allergique (médicaments ou autres : amoxicilline, aliments, latex...) Non Oui
Si OUI, le(s)quel(s) ?
5. Votre enfant a-t-il déjà eu une maladie grave ? Non Oui
Si OUI, laquelle et quand ?
6. Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés ? Non Oui
7. Votre enfant est-il positif à l'hépatite ou au HIV ? Non Oui
8. Votre enfant a-t-il des troubles nerveux (vertiges, épilepsie..) ? Non Oui

QUESTIONNAIRE DENTAIRE CONFIDENTIEL ENFANT

1. Est-ce la première visite de votre enfant chez le dentiste ? Non Oui
Si NON, à quand remonte la dernière visite ?
2. Votre enfant se brosse-t-il les dents ? Non Oui
A quelle fréquence ?
3. Votre enfant prend-il du fluor (gouttes, pastilles, dentifrice...) ? Non Oui
4. Est-ce que des caries ont déjà été remarquées par le passé ? Non Oui
5. Lui a-t-on déjà enlevé une dent (dent de lait ou dent définitive) ? Non Oui
6. Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie locale ? Non Oui
7. Lui a-t-on déjà posé des vernis de protection sur les dents du fond ? Non Oui
8. Votre enfant a-t-il déjà vu ou est-il suivi par un orthodontiste ? Non Oui
Si OUI, nom de l'orthodontiste :

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales. Date et signature du parent ou tuteur légal.

Date :

Signature :