



## Cabinet Dentaire Pédiatrique : SOURIRES D'ENFANTS QUESTIONNAIRE MEDICAL ET DENTAIRE

**Nom et Prénom du Patient :**

**Date de naissance:**

**Nom et Prénom du Parent ( ou du tuteur légal ) :**

**Adresse complète:**

**Numéro de téléphone:**

**Adresse e-mail :**

**Situation familiale :**      Parents Mariés                      Parents Divorcés/ Séparés

### Les raisons de votre visite :

- C Un rendez-vous de contrôle ou un Bilan bucco dentaire
- C Une douleur
- C L'utilisation du MEOPA
- C Vous êtes adressés par votre dentiste      Nom du dentiste:.....
- C Faire pratiquer des soins dentaires

### L'état de santé de votre enfant:

Votre enfant prend-il des médicaments ?      C Oui                      C Non

Votre enfant est-il allergique ?                      C Oui                      C Non

Si oui, est-il allergique aux pénicillines?

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé (cardiaques, vasculaires, pulmonaires, hormonaux ou autre..)?                      C Oui                      C Non

Détaillez si besoin: .....

### Le développement de votre enfant:

Votre enfant présente-t-il des différences?      C Oui                      C Non  
( troubles du spectre autistique, retard psycho moteur, troubles du comportement ou trouble de l'attention, troubles DYS...?)

Détaillez si besoin: .....

*Si vous bénéficiez de l'aide à l'éducation de l'enfant handicapé ou d'une autre aide de la MDPH merci de le signaler et de fournir l'attestation.*

### La petite enfance:

Votre enfant a-t-il été allaité?      Si Oui, combien de temps? .....

Votre enfant a-t-il bu un biberon pour s'endormir?      Si oui, combien de temps?.....

Votre enfant a-t-il sucé son pouce ou une tétine?      Si oui, jusqu'à quel âge?.....

## Historique Dentaire de votre enfant :

### Hygiène dentaire:

Votre enfant se brosse t-il les dents?    C Matin            C Midi            C Soir  
Votre enfant se brosse t-il les dents    C Seul            C Assisté  
Quel matériel utilisez vous?  
    Brosse à dent            C Electrique            C Manuelle  
    Quel dentifrice?            .....

### Habitudes alimentaires:

Votre enfant mange t-il entre les repas?    C Oui            C Non  
Votre enfant consomme t-il :  
    C Bonbons      C Sodas/Sirops      C Gâteaux      C Lait

### Les soins dentaires:

Est-ce son premier rendez vous chez le dentiste?    C Oui            C Non  
Si non, quelle est la date de son dernier rendez- vous? .....

A t-il déjà eu des soins dentaires?            C Oui            C Non  
    De quelle nature? .....

    Si oui, comment se sont il passés?

        C Plutôt bien

        C Plutôt mal

        Détaillez si besoin .....

Comment estimez vous l'état d'anxiété de votre enfant face au dentiste?

    C Plutot détendu

    C Légèrement anxieux

    C Très anxieux / Agité

Votre enfant a t-il déjà reçu une anesthésie locale dentaire?

    C Oui

    C Non

Votre enfant a t-il déjà subi un traumatisme dentaire ( chute, dent cassée ..)?

    C Oui

    C Non

Votre enfant a t-il déjà eu des problèmes de type ORL? ( asthme, otites à répétition, bronchiolites, ablation des amygdales? )

    C Oui

    C Non

    Détaillez si besoin: .....

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et de ses prescriptions médicales.

Signatures des parents:

DATE: