



/Questionnaire médical

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance : / / Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Adresse domicile :

Adresse @ : N° Sécurité Sociale :

CMU : OUI NON

N° tél Portable : N° tél Domicile : N° tél Pro :

Comment nous avez-vous connu : Dentiste Amis Internet Autre :

1- Nom du chirurgien dentiste : Ville :

2- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? OUI NON

Si oui, depuis quand et pourquoi.....
.....

3- Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels ?.....

4- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI NON

Quand ?.....

Pourquoi ?.....

5- Votre enfant a-t-il subi un traumatisme de la face ? OUI NON

Si oui, s'est-il cassé une ou plusieurs dents : OUI NON

Lesquelles :.....

6- Votre enfant est-il sujet aux rhinites, otites, angines ? OUI NON

7- Votre enfant est-il allergique ? OUI NON

Si oui, à quels produits ?.....

8- Votre enfant présente-t-il une scoliose, des problèmes de posture, des douleurs au dos ou aux articulations ? OUI NON





- 9- Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? OUI NON
Nom de l'orthophoniste :
- 10- A-t-il les articulations des mâchoires qui « claquent » ? OUI NON
- 11- Age d'éruption de la première dent de lait :
- 12- Votre enfant a-t-il sucé son pouce ? OUI NON
la sucette ? OUI NON
les doigts ? OUI NON
jusqu'à quel âge ?
- 13- Votre enfant ronfle t-il ? OUI NON
- 14- Trouvez-vous des taches de salive sur son oreiller ? OUI NON
- 15- Respire t-il par la bouche le jour ? OUI NON
La nuit ? OUI NON
- 16- Se lève t-il pour boire la nuit ? OUI NON
- 17- Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? OUI NON
- 18- Votre enfant a-t-il une gingivite ? OUI NON
- 19- Existe-t-il des racines dentaires courtes dans la famille ? OUI NON
- 20- Un autre enfant de la famille ou vous-même avez-eu un traitement d'orthodontie ? OUI NON

Merci de votre collaboration.

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

Fait à Le,

Signature :