

CONSEILS
POUR UNE CONSULTATION
EN TOUTE SERENITE



Afin de soigner votre enfant avec la plus grande sécurité et de lui assurer les meilleurs traitements dentaires, nous vous remercions de répondre avec lui/elle aux questions suivantes.

Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse.

Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec ses traitements dentaires.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous vous rappelons que pour le bon déroulement des traitements, nous avons pu constater qu'il était préférable de recevoir chaque enfant seul en salle de soins.

Un compte-rendu vous sera fait par le Praticien en fin de séance.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration !

D^{RS} DEMESY-VILLEMIN et leur Equipe.

Nom du patient :

Prénoms :

Date de naissance : / /

N° de Sécurité Sociale des parents : .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.....

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

HISTORIQUE MEDICAL



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

2 - Votre enfant est-il sous surveillance médicale ? OUI NON

Si OUI, depuis quand et pourquoi ?

3 - Nom et localité du médecin traitant

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

Si OUI, le(s)quel(s) ?

5 - Votre enfant est-il allergique à la pénicilline, antibiotiques, ou autres médicaments ? OUI NON

6 - Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

7 - Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ? OUI NON

Si OUI, quand ? Et laquelle :

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

9 - Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? OUI NON

10 - Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? OUI NON

11 - Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies
ou des saignements répétés (du nez ou autres) ? OUI NON

12 - Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ? OUI NON

13 - Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? OUI NON

Dépression Crises de nerfs Vertiges Problèmes d'apprentissage

14 - Votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? OUI NON

15 - Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? OUI NON

Si OUI, le(s)quel(s) ?

16 - Votre enfant est-il fumeur ? OUI NON

Si OUI, nombre de cigarettes / jour :



A quand remonte sa dernière visite chez un dentiste ?

Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? OUI NON

1 - Votre enfant a-t-il l'une des habitudes suivantes :

- Se ronger les ongles Consommer des boissons sucrées (soda, boissons énergétiques, ...)
- Jouer d'un instrument musical à vent Grignoter entre les repas (sucreries, gâteaux, chips, ...)

2 - Quand votre enfant se lave-t-il (ou elle) les dents ?

- Quoi qu'il ait mangé Après chaque repas Le matin Le soir Très irrégulièrement

3 - Quel type de brosse à dent utilise votre enfant ? manuelle électrique

4 - Votre enfant reçoit-il du fluor ? OUI NON

Si OUI, de quelle manière :

- Eau du robinet Eau en bouteille Gouttes ou pastilles de fluor Par un dentifrice, un gel, un rinçage

5 - Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? OUI NON

6 - Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ? OUI NON

7 - Votre enfant a-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ? OUI NON

Si OUI, quand ? Par quel praticien :

8 - Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? OUI NON

9 - Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? OUI NON

Si OUI, comment :

10 - A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ? OUI NON

11 - Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? OUI NON

12 - Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? OUI NON

13 - Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ? OUI NON

14 - Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? OUI NON

Autres remarques utiles :

.....
.....

« 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 prescriptions médicales. »

FAIT A

LE/...../.....

SIGNATURE des parents (ou du tuteur légal)