

ETAT-CIVIL DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom du représentant légal (assuré)

Situation de famille :

Nom, prénom du père :

Profession :

Nom, prénom de la mère :

Profession :

Tél. domicile :

Tél. mobile :

E-mail (si utilisé) :

PENSEZ A VOUS MUNIR DE VOTRE CARTE VITALE

Nom caisse S.S. :

Nom de la mutuelle :

CMU : Oui Non (**IMPORTANT** : si vous bénéficiez de la CMU merci de nous présenter votre attestation au 1^{er} rendez-vous)

N° SS :

RENSEIGNEMENTS UTILES

Classe :

Etablissement fréquenté :

Nombre de frères et sœurs :

Rang dans la fratrie :

Comment nous avez-vous été adressés ?

Dentiste Patient Médecin Enseignant

Frère ou sœur déjà patient Autre

Nom et prénom du médecin généraliste :

Nom et prénom du dentiste généraliste :

Motif de consultation :

Activités sportives pratiquées par l'enfant, hobbies ou loisirs :

HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Votre enfant (ou de celui dont vous êtes responsable) présente-t-il des problèmes de santé ? Oui Non

Prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels ? Oui Non

Présente-t-il souvent des problèmes ORL, rhumes, otites, angines, etc. Oui Non

A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations Oui Non

Présente-t-il des troubles de croissance ? Oui Non

Présente-t-il un surpoids ? Oui Non

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture Oui Non

(lordose, pieds plats, mauvais maintien) ? Si oui, lesquels ?

A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ? Oui Non

Si oui précisez :

A-t-il eu des changements de son état de santé depuis 1 an ? Oui Non

Souffre-t-il de l'une des affection suivantes ?

Cardiaque Diabète Dermatologique Hépatite

Pbs Sanguins Pbs psychologiques Pbs respiratoires

Pbs nerveux (épilepsie, paralysie...) Autres...

A-t-il déjà eu des réactions allergiques ? si oui lesquelles ? Oui Non

Est-il allergique à un médicament ? Si oui, lequel ? Oui Non

A-t-il déjà eu des réactions allergiques à un anesthésique chez le dentiste ? Oui Non

Est-il sujet à des malaises ? Oui Non

HISTORIQUE FONCTIONNEL

Votre enfant (ou de celui dont vous êtes responsable) a-t-il déjà été soigné en orthodontie ? Oui Non

Est-il suivi par un Orthodontiste ? Oui Non

Est-il suivi pour de l'orthophonie ? Oui Non

Est-il suivi pour de la kinésithérapie ? Oui Non

A-t-il des difficultés à :

• Mastiquer Oui Non

• Avaler Oui Non

• Respirer Oui Non

• Parler Oui Non

Grince-t-il ou serre-t-il parfois des dents ? Oui Non

Est-il souvent enrhumé ? Oui Non

Respire-t-il par la bouche ? Oui Non

Ronfle-t-il en dormant ? Oui Non

A-t-il des difficultés de sommeil ? Oui Non

A-t-il tendance à baver la nuit ? Oui Non

Dort-il dans une position préférentielle ? Oui Non

A-t-il mauvaise haleine ? Oui Non

A-t-il souvent les lèvres gercées Oui Non

Ronge-t-il ses ongles ? Oui Non

A-t-il du mal à fermer la bouche ? Oui Non

Se mordille-t-il les joues ? Oui Non

Suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ? Oui Non

Suce-t-il un objet (mouchoir, drap, stylo..) ? Oui Non

Présente-t-il d'autres habitudes buccales ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Oui Non

Si oui, quand ?..

Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ? Oui Non

Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ? Oui Non

Ses mâchoires se bloquent-elles ? Oui Non

HISTORIQUE DENTAIRE

> A quel âge votre enfant a-t-il perdu sa 1^{ère} dent de lait ?

Votre enfant a-t-il des abcès de la gencive ? Oui Non

Saigne-t-il des gencives en se brossant les dents ? Oui Non

Est-il sujet aux caries ? Oui Non

- A-t-il eu des dents définitives extraites ? Oui Non
- Oubliez-vous parfois la visite annuelle chez le dentiste ? Oui Non
- Est-ce que votre enfant mange entre les repas ? Oui Non
- Votre enfant mange t-il des sucreries (bonbons, sodas) ? Oui Non
- Votre enfant se lave t-il les dents au moins 2 fois par jour Oui Non
- Votre enfant reçoit-il du fluor ? Oui Non
- Utilisez-vous parfois le révélateur de plaque dentaire ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des Dents, sillons) ? Oui Non
- Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? expliquer Oui Non
- Lors de ces précédentes visites chez le dentiste a-t'il rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ? Oui Non
- Autre problème que vous jugez utile de signaler ?

J'atteste l'exactitude de ce document. Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales de l'enfant.

Fait à

Date :

SIGNATURE

NOM

Prénom