

QUESTIONNAIRE MEDICAL

À remplir avant la première consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

Les informations que vous nous communiquez resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

Nom et prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse complète :
.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Nom du Médecin traitant :

Nom du Dentiste traitant :

Numéro de sécurité sociale : CMU : OUI ☐ NON ☐

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ?

Parent ☐ - Ami ☐ - Docteur ☐ - Internet ☐ - Autre:.....

Quel est le motif de la consultation ?

Un contrôle ? OUI ☐ NON ☐

Un souci esthétique ? OUI ☐ NON ☐

Un souci fonctionnel ? OUI ☐ NON ☐

Une douleur ? OUI ☐ NON ☐

Autre motif :

Adressé(e) par :

Votre enfant suit-il actuellement un traitement prescrit par un médecin ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, pourquoi (médicament prescrit, maladie, posologie) :

.....

Votre enfant a-t-il des allergies connues ? OUI ☐ NON ☐

Précisez :

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

Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes O R L ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant est-il asthmatique ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il été opéré des amygdales (amygdalectomie) ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il été opéré des végétations (adénoïdectomie) ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant respire-t-il fort la nuit ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il des troubles du sommeil ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant bave-t-il dans son sommeil ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant grince-t-il des dents la nuit ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant se réveille-t-il souvent ? OUI ☐ NON ☐

Précisez :

Votre enfant souffre-t-il d'énurésie ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il mauvaise haleine ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant mange-t-il rapidement ? OUI ☐ NON ☐, **lentement ?** OUI ☐ NON ☐

Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons ? OUI ☐ NON ☐

Existe-t-il des habitudes de suctions :

Pouce ☐ – Tétine ☐ – Doudou ☐ - Doigts ☐

Suce-t-il toujours ? OUI ☐ : Jour & Nuit ☐ – Phase d'endormissement ☐ – Nuit ☐

NON ☐ : depuis quand ?

Votre enfant a-t-il l'habitude de se mordre ? OUI ☐ NON ☐

Langue ☐ – Joue ☐ – Ongle ☐ - Vêtements ☐ – Stylos ☐

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI ☐ NON ☐

Depuis quand ?

Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant présente-t-il des troubles de posture ou de croissance ? (scoliose, cyphose dorsale....) OUI ☐ NON ☐

Précisez :

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il une fragilité ligamentaire ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant est-il / a-t-il été suivi par :

Ostéopathe ☐ - Kinésithérapeute ☐ - ORL ☐ - Orthophoniste ☐

Votre enfant joue-t-il d'un instrument de musique ? OUI ☐ NON ☐

Précisez :

Avez-vous constaté une hérédité dentaire dans la famille ? OUI ☐ NON ☐

Précisez :

Précisez la date de la dernière visite chez le dentiste ?

Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ? OUI ☐ NON ☐

A-t-il déjà été traité pour des caries ? OUI ☐ NON ☐

Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ? OUI ☐ NON ☐

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? OUI ☐ NON ☐

A-t-il subi un choc sur la face ? OUI ☐ NON ☐

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?

Matin et soir ☐ - Matin Midi Soir ☐ - Irrégulièrement ☐

Votre enfant prend-il encore le biberon ? OUI ☐ NON ☐

Autres remarques utiles :

.....
.....
.....
.....

Je certifie l'exactitude des renseignements reportés sur ce questionnaire et m'engage à signaler au praticien tout élément d'information nouveau ou important ne figurant pas sur la présente fiche.

Fait à le/...../20.....

Signature du responsable légal :

Dr Aude TONNEAU 21, rue de Saintonge 86210 Bonneuil Matours dr-tonneau-silari@orange.fr