

## ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom..... Prénom.....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

### Nom et prénom du représentant légal (assuré)

#### Situation de famille :

Nom, Prénom du père.....

Nom, Prénom de la mère.....

Tél. domicile : .....Tél. portable : .....

E-mail : ..... Mutuelle : .....CMU :  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS UTILES

Nombre de Frères et sœurs : ..... Rang dans la fratrie : .....

Classe : ..... Etablissement fréquenté : .....

Comment nous avez-vous été adressés ?

- Dentiste  Patient  Médecin  Enseignant
- Frère ou sœur déjà patient  Autre

Noms et Prénoms du Médecin Généraliste et du Dentiste Traitant :

.....

Motif de consultation : .....

## HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  Oui  Non

Prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels ?.....

Présente-t-il souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites,

Angines, etc. ?  Oui  Non

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture (lordose, pieds plats, autre) ?

Si oui lesquels ?.....

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

A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ?.....

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

Asthme  Diabète  Hépatite

Rhumatismes  Syncopes  Pbs sanguins

Pbs nerveux (épilepsie, paralysie...)

Pbs respiratoires  Pbs d'alimentation  Autres : .....

A-t-il déjà eu de graves réactions allergiques ?  Oui  Non

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

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

Oui  Non

## HISTORIQUE FONCTIONNEL

Votre enfant (ou celui dont vous êtes responsable) a-t-il déjà été soigné en Orthodontie ?

Oui  Non

Est-il suivi par un Orthodontiste ?

Oui  Non

A-t-il des difficultés à :

Mastiquer  Oui  Non

Respirer  Oui  Non

Avaler  Oui  Non

Parler  Oui  Non

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

Oui  Non

Ronfle-t-il en dormant ?

Oui  Non

Ronge-t-il ses ongles ?

Oui  Non

Se mordille-t-il les joues ?

Oui  Non

Suce-t-il son pouce ?

Oui  Non

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

Oui  Non

A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Si oui, quand ?.....

Présente-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-t-il eu des dents définitives extraites ?

Oui  Non

A quand remonte sa dernière visite chez le dentiste ?.....

Est-ce- que votre enfant mange entre les repas ?

Oui  Non

Quand votre enfant se brosse-t-il les dents ?

Quoi qu'il ait mangé

Après chaque repas

Avant d'aller se coucher

Très irrégulièrement

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

Lors de ces précédentes visites chez le Dentiste a-t-il rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, les quelles ?

.....

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 : ...../...../.....

Nom..... Prénom..... Signature.....