

HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE ENFANT

Nom du patient :Prénom :

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

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

HISTORIQUE MEDICAL

- ☺ Votre enfant a-t-il des **problèmes de santé** ? OUI O NON O
- ☺ Si oui, depuis quand et pourquoi ?
- ☺ Nom du **médecin traitant** :

- ☺ Votre enfant prend-il des **médicaments** ? OUI O NON O Si oui, lesquels ?
- ☺ Votre enfant est-il **allergique** ? OUI O NON O
- ☺ à la pénicilline O aux antibiotiques O autres médicaments O ?
- ☺ A-t-il d'autres allergies ? OUI O NON O Si oui, lesquelles ?
- ☺ Votre enfant a-t-il :
 - eu une **maladie grave** ? OUI O NON O
 - été **opéré** ? OUI O NON O
 - souffle au coeur** ? OUI O NON O
 - eu **saignements répétés** (nez ...) ? OUI O NON O
 - été testé positif pour l'**hépatite** ? OUI O NON O
 - des maux de tête ou des **migraines** ? OUI O NON O
 - des **troubles nerveux** ? OUI O NON O
- Dépression O Crises de nerfs O Vertiges O Problèmes d'apprentissage O

HISTORIQUE DENTAIRE

- ☺ Est-ce la **première visite** de votre enfant chez un dentiste ? OUI O NON O
- ☺ Si non, à quand remonte la **dernière visite** ?

- ☺ Est-ce que votre enfant :
 - mange entre les repas** ? OUI O NON O
 - mange des **bonbons** ? OUI O NON O
 - boit des **sodas** ? OUI O NON O

- ☺ **Se lave t'il les dents** ? OUI O NON O / Matin O Midi O Soir O / Seul O Avec vous O
- ☺ **Suce-t-il son pouce** ? OUI O NON O
- ☺ une **tétine** ? OUI O NON O
- ☺ A-t-il déjà eu :
 - des **soins dentaires** ? OUI O NON O
 - une **anesthésie locale** ? OUI O NON O
 - des **radios dentaires** ? OUI O NON O
 - des **extractions dentaires** (dents de lait ou définitive) ? OUI O NON O
 - un **appareil dentaire** ? OUI O NON O
 - un **vernis de protection** sur les dents ? OUI O NON O
- ☺ Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un **traitement d'orthodontie** ? OUI O NON O
- ☺ Votre enfant a-t-il déjà eu des séances **d'orthophonie** ? OUI O NON O
- ☺ A-t-il déjà eu des **problèmes** dus à un traitement dentaire dans le passé ? OUI O NON O
- ☺ Si oui, lesquels ?
- ☺ **Etes-vous favorable à la prévention** ? Oui O Non O

Autres remarques utiles :

Merci de votre collaboration.

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

Bruguères, leSignature des parents (ou du tuteur légal)