Questionnaire médical Enfant  
(à remplir soit avant votre rendez-vous soit en arrivant au cabinet )

Nom de l’enfant : ……………………… Prénom de l’enfant : ……………………....

Date de naissance de l’enfant : .... / …. / ……

Adresse : ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

Tél : Père : ……………………. Mère : ……………………………

Adresse e-mail : Père : ……………………. Mère : ……………………………

Profession : Père : ……………………. Mère : ……………………………

Mode de garde : ……………………………………………………………………….....

Représentant légal : ………………………………………………………………………

Suivi médical

Nom du dentiste traitant : …………………………………………………………………

Date du dernier examen : …. / …. / ……

Soins en cours ? OUI / NON   
Si oui lesquels : ……………………………………………………………………………   
Antécédents de traitement orthodontique ? Quel type, à quel âge ?....................................

Antécédents de traitement d’orthophonie ?.........................................................................

Exisite-til des parafonctions ? (Pouce ? Biberon ? Se ronge-t-il les ongles ?) OUI / NON

……………………………………………………………………………………………..  
Etat de santé générale :…………………………………………………………………….

Maladies/Hospitalisation récente ?......................................................................................

Allergies (alimentaire/médicamenteuse) ? ……………………………………………….

Problèmes ORL ? (antécédent d’ablation des amygdales/végétations ? Asthme ? troubles   
de la ventilation nasale ?) ………………………………………………………………….

Troubles du sommeil ? (ronflements ? apnées du sommeil ?) ……………………………

Troubles des articulations temporo-mandibulaire ? (douleurs, craquements, blocage ?)…

……………………………………………………………………………………………..

Existe-t-il un traitement médicamenteux en cours ? ………………………………………

Motif de consultation

Esthétique ? OUI / NON et/ou Fonctionnel ? OUI/ NON

………………………………… …………………………….

………………………………… …………………………….

Comment avez-vous connu le cabinet ?

* Adressé par un confrère. Si oui lequel ? …………………………………………
* Recommandé par une connaissance
* Internet
* Autre : ……………………………………………………………………………

En remplissant le questionnaire, j'atteste l’exactitude de ce document et n’avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant l’état de santé et les prescriptions médicales de l’enfant (notamment dans les 14 jours précédent ma visite : fièvre, difficultés respiratoires… ).

Date : …. / …. / …… A : …………………… Signature :