CABINET DENTAIRE
Dr COMPAGNON Julie / Dr OCRE Jimmy

L'attitude de la famille vis-à-vis des soins dentaires peut être déterminante, notamment au moment des premiers examens dentaires d'un enfant. Si les parents sont négatifs et manifestent ouvertement leurs craintes, l'enfant aura également peur. En revanche, si leur attitude est positive et que l'expérience se révèle anodine, l'enfant aura vite oublié ses craintes dues principalement à la nouveauté et à l'inconnu.

QUESTIONNAIRE ENFANT

- **L'ENFANT**

Nom : .....Prénom : .....
Date de Naissance : …… / ….. / ……
Établissement Scolaire : ……Classe : .....
Sport / Activités : ……
N° Sécurité Sociale : ……

- **LES PARENTS**

PERE
Nom : ..... Prénom : .....
Date de Naissance : … / … / ...
N° de Téléphone : ..... E-Mail : .....
Adresse : .....

MERE
Nom : ..... Prénom : .....
Date de Naissance : … / … / …
N° de Téléphone : ……. E-Mail : .....
Adresse : ……

- **HISTORIQUE MÉDICAL**

Nom du Médecin Traitant : ……

Merci de cocher chacune des affections suivantes, que votre enfant a pu avoir par le passé ou qu'il a actuellement :

O rhumes, otites, angines	O sinusites répétées	O trouble de la croissance
O asthme	O problème sanguin	O HIV
O problèmes nerveux	O opération des amygdales et/ou végétations	O diabète
O problèmes rénaux	O problèmes respiratoires	O problèmes psychologiques
O hépatite	O problèmes posturaux (lordose, pieds plats)	

Prend-t-il des médicaments en ce moment ? O OUI O NON
Si oui,lesquels ? .....
Est-il allergique à certains produits ou médicaments ? O OUI O NON
Si oui, lesquels ? .....

• HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte son dernier rendez-vous chez le dentiste ? .....
Combien de fois par jour se brosse t-il les dents ? O 0 fois O 1 fois O 2 fois O 3 fois ou plus
Saigne t-il des gencives au brossage ? O OUI O NON
Est-il sujet aux caries ? O OUI O NON
Mange t-il entre les repas ? O OUI O NON
Mange t-il des sucreries ? O OUI O NON
Boit-il des boissons sucrées, acides ? O OUI O NON
Est ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? O OUI O NON
Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ? O OUI O NON
A t-il déjà eu un appareil ? O OUI O NON
Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? O OUI O NON
Si oui, comment ? .....
A t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ? O OUI O NON
Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? O OUI O NON
Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale (dentaire) ? O OUI O NON
Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ? O OUI O NON

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

Merci de votre collaboration !

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

Le .....

Signature du parent Signature du praticien