

Historique Médical et Dentaire Enfants

NOM de l'enfant : Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Prénom(s) :

PARENTS : Mme M. NOM : Prénom :

Téléphone : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / Mail :

Mme M. NOM : Prénom :

Téléphone : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / Mail :

Parents séparés : OUI NON Préciser la garde :

Nombre et âge des frères et sœurs :

Historique Médical

Votre enfant a-t-il actuellement des problèmes de santé ? OUI NON

Maladie du cœur :

Trouble ou retard de développement :

Maladie génétique :

Autre :

➤ **Nom (et ville) du Médecin traitant :**

➤ **Son téléphone:**

Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

! Dans la mesure du possible, merci de nous apporter l'ordonnance du médecin.

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

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il eu par le passé une maladie grave ? OUI NON

Quand ? Laquelle ?

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé et/ou opéré ? OUI NON

Si oui, pour quel motif ?

Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés (du nez ou autres) ? OUI NON

Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

Votre enfant, son développement et ses dents

Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? OUI NON

Sinon à quand remonte son dernier rendez-vous dentaire ?

Lors de ses précédentes visites, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? OUI NON

- Si oui, lesquelles ?

.....

Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie locale lors de soins dentaires ? OUI NON

Des caries ont-elles déjà été remarquées par le passé ? OUI NON

Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites chez le dentiste ? OUI NON

Lui a-t-on déjà enlevé une ou plusieurs dent(s) de lait (ou définitive) ? OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà vu un orthodontiste ? OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà porté un appareil dentaire ? OUI NON

Est-ce qu'il arrive que votre enfant mange entre les repas ? OUI NON

Que boit votre enfant le plus souvent quand il a soif ?

Quand votre enfant se lave-t-il les dents ? Après chaque repas Plutôt 1 fois par jour en général

Plutôt 1 à 2 fois par semaine environ Très irrégulièrement

Aidez-vous votre enfant pour le brossage ? OUI NON

Votre enfant est-il anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout Un peu

Moyennement Beaucoup

Indiquez ici toute autre remarque que vous jugez utile :

.....

.....

.....

.....

.....

« 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 ou ses prescriptions médicales. »

« J'autorise le Docteur Rindel à pratiquer les examens et soins nécessaires à la santé bucco-dentaire de mon enfant. »

NOM et prénom de l'accompagnant :

Père ou Mère de l'enfant Tuteur légal

Fait à Mérignac, le ___ / ___ / ___

SIGNATURE DE L'ACCOMPAGNANT :