

QUESTIONNAIRE MÉDICAL enfant/adolescent

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Poids : Kg

Taille :

Date des premières règles :

Nom du Médecin traitant :

A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ? Non Oui

Première visite chez le dentiste ? Non Oui

Précisez la date de la dernière visite

Nom du Dentiste traitant :

Le patient présente t-il ou a-t'il présenté une ou des pathologies suivantes

Si oui merci de cochez la case et de précisez

- Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Maladie héréditaire
- Troubles de croissance
- Troubles hormonaux
- Troubles posturaux
- Troubles ostéo-articulaires
- Troubles neurologiques
- Épilepsie
- Pathologie cardiaque
- Pathologie rénale
- Troubles de coagulation
- Troubles alimentaire
- Diabète
- Maladie virale
- Pathologie pulmonaire
- Asthme

Le patient est-il allergique ?

- Médicaments ➤ Métaux
- Pollens ➤ Latex
- Autres

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL ?

Rhumes Ronflements nocturnes Difficultés respiratoires
Sinusite Angines Autres
Otites Apnées du sommeil

Le patient a-t-il été opéré ?

Amygdales Végétations Paracentèse Frein lingual

Le patient a-t-il subi un traumatisme ?

Facial Dentaire
Si oui, lesquels et depuis combien de temps

Les habitudes du patient

Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ?

Oui Non Précisez :

Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement des sucreries, soda et bonbons en dehors des repas ou du goûter ? Oui Non

Boit-il des sirops ou soda à table ? Oui Non

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?

Matin et Soir Matin Midi Soir Irrégulièrement

Utilise -t-il ou a-t-il utilisé une sucette ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :.....

Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de :.....

Grince-t-il des dents ? Non Oui Précisez : éveillé endormi

Votre enfant ronfle-t-il ? Non Oui

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

.....
Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer tout nouveau problème médical survenant au cours de traitement de votre enfant.

Date :

Signature :

Pour la tenue de chaque dossier, nous utilisons un support informatisé, protégé selon les normes de sécurités en vigueur.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et le règlement général de protection des données vous donnent un droit d'accès, de portabilité et de rectification. N'hésitez pas à en parler.