

Questionnaire médical enfant



Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques minutes afin de remplir ce questionnaire médical confidentiel dans le but de prendre en charge votre enfant de la meilleure façon possible.

Informations générales

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

E-mail :

NOM(S) et Prénom(s) des parents ou du responsable légal :

Situation familiale :

☐

Vit avec ses 2 parents

☐

Parents séparés

☐

Autre

À propos de la consultation

Motif de consultation :

☐

Contrôle

☐

Douleurs

☐

Bilan MTdents

☐

Choc

☐

Soins



Date de la dernière visite chez le dentiste :

☐

C'est la 1ère fois 😊

Si ce n'est pas la 1ère fois, quelle était la raison des visites précédentes?

Comment ressentez-vous son état avant la consultation?

☐

Détendu 😊

☐

Se pose des questions 🤔

☐

Stressé 😞

☐

Très anxieux 😱

Historique médical



Nom du médecin traitant :



Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? Si oui, lesquels :



Votre enfant prend-il des médicaments tous les jours? Si oui, lesquels :



Votre enfant a-t-il des allergies (pénicilline, latex, aspirine, autre...)? Si oui, lesquelles :



Votre enfant est-il à jour de ses vaccins? (Tétanos, BCG, hépatite B, etc..)

☐

Oui

☐

Non

Les parents ont-ils des pathologies pouvant se répercuter sur les enfants? Si oui, lesquelles :

Habitudes alimentaires et historique dentaire

Nous allons poser quelques questions concernant les habitudes alimentaires et l'historique dentaire de votre enfant. Celles-ci n'ont pas pour but d'émettre un jugement, mais de pouvoir aider et soigner votre enfant du mieux possible. Vous pouvez y répondre en toute confiance et sincérité.

Votre enfant grignote-t-il entre les repas?

☐

Oui

☐

Non

Votre enfant consomme-t-il ces aliments de manière régulière?

☐

Bonbons 🍬

☐

Sodas/Jus/Sirops 🥤

☐

Gâteaux 🍪

☐

Lait 🥛



Votre enfant se brosse les dents :

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

Il les brosse :

☐ Seul

☐ Assisté par un adulte

Le dentifrice utilisé :

Contient-il du fluor?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Prend-il des compléments fluorés par voie orale? (Eau fluorée, comprimés, etc..)

☐ Oui

☐ Non

Votre enfant a-t-il ces habitudes?

☐ Tétine

☐ Suce son pouce ou ses doigts

☐ Se ronge les ongles

☐ Allaitement

☐ Biberon avant de dormir

☐ Respire par la bouche

☐ Grince des dents (frotte ses dents du haut contre celles du bas)

Les personnes qui gardent l'enfant ont-elles un historique carieux élevé :

☐ Oui

☐ Non

Mieux connaître votre enfant



Quels sont les loisirs préférés de votre enfant?



Personnages de dessin animé/manga, animaux préférés :

Avez-vous des remarques ou informations intéressantes concernant votre enfant qui pourraient nous aider dans sa prise en charge?

⚠ Je m'engage à informer le Docteur de toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales de mon enfant qui surviendraient après la rédaction de ce questionnaire.

☐

D'accord



Je pense à emmener les ordonnances et le carnet de santé de mon enfant lors de la consultation

☐

D'accord

Fait à :

Date :

Signature du tuteur légal :