

## ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom: ..... Prénom :.....

Date de naissance : 01/01/2005

### **Nom et prénom du représentant légal (Assuré)**

Situation de famille : .....

Nom, Prénom du Père : .....

Nom, Prénom de la Mère : .....

Tél. domicile :..... Tél. dans la journée.....

*E-mail* : .....

Caisse de Sécurité Sociale.....CMU:  Oui  Non

*Mutuelle* : .....

## RENSEIGNEMENTS UTILES

Nombre de Frères et Sœurs : .....Rang dans la fratrie :.....

Classe : ..... Etablissement fréquenté : .....

Comment nous avez-vous été adressés ?

Dentiste  Patient  Médecin  Enseignant

Frère ou Sœur déjà patient  Autre

Noms et Prénoms du Médecin Généraliste et du Dentiste Généraliste :

.....

Motif de consultation : .....

Quels bénéfices attendez-vous du traitement ?.....

## HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Taille : .....Poids : .....

Votre enfant (ou celui dont vous êtes responsable) est-il actuellement en bonne santé ?  OUI  NON

Prend-il des médicaments ? Si oui, les quels ?.....

Présente-t-il souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites, angines, etc.  OUI  NON

Présente-t-il des troubles de croissance ?  OUI  NON

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture (lordose, pieds plats, autre) ? Si oui, les quels ?.....

A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations ?  OUI  NON

A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ? .....

A-t-il eu des changements de son état de santé depuis 1 an ?  OUI  NON

Souffre-t-il de l'une des affections suivantes ?

- Asthme  Diabète  Hépatite  HIV  
 Rhumatismes  Syncopes  Pbs Sanguins  Pbs Rénaux  
 Pbs Psychologiques  Pbs nerveux (épilepsie, paralysie,...)  
 Pbs respiratoires  Pbs d'alimentation  Autres : .....

A-t-il déjà eu de graves réactions allergiques ?  OUI  NON

Est-il allergique à un médicament ? Si oui, le quel ? .....

A-t-il déjà eu des réactions allergiques à un anesthésique chez le Dentiste ?  OUI  NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

Si oui, depuis quand :

## HISTORIQUE FONCTIONNEL

Votre enfant (ou celui dont vous êtes responsable) a-t-il déjà été soigné en Orthodontie ?  OUI  NON

Est-il suivi par un Orthophoniste ?  OUI  NON

A-t-il des difficultés à :

- Mastiquer  OUI  NON      - Respirer  OUI  NON  
- Avaler  OUI  NON      - Parler  OUI  NON

Grince-t-il ou serre-t-il parfois des dents ?  OUI  NON

Ronfle-t-il en dormant?  OUI  NON

Ronge-t-il ses ongles ?  OUI  NON

Se mordille-t-il les joues ?  OUI  NON

Suce-t-il son pouce ?  OUI  NON

Suce-t-il un objet ? (Mouchoir, drap, stylo ...) ?  OUI  NON

Présente-t-il d'autres habitudes buccales ? Si oui, les quelles : .....

A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Si oui, quand ?.....

Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ?  OUI  NON

Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ?  
 OUI  NON

Ses mâchoires se bloquent-elles ?  OUI  NON

## HISTORIQUE DENTAIRE

Votre enfant a-t-il des abcès de la gencive ?  OUI  NON

Saigne-t-il des gencives en se brossant les dents ?  OUI  NON

Est-il sujet aux caries ?  OUI  NON

A-t-il eu des dents définitives extraites ?  OUI  NON

A quand remonte sa dernière visite chez le dentiste ? .....

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

Est-ce que votre enfant mange entre les repas ?  OUI  NON

Votre enfant mange des sucreries (bonbons, sodas) ?  OUI  NON

Quand votre enfant se lave-t-il (ou elle) les dents ?  
 Matin et soir       Après chaque repas  
 Avant d'aller se coucher       Très irrégulièrement

Votre enfant reçoit-il du fluor ?  OUI  NON

Si oui, comment ?  
 Par l'eau du robinet       Par de l'eau en bouteille  
 Par un dentifrice, un gel, ou un rinçage  
 Par des gouttes ou des pastilles de fluor

Utilise-t-il une brosse à dent ?  DURE  MOYENNE  SOUPLE

Utilisez-vous parfois le révélateur de plaque dentaire?  OUI  NON

Avez-vous reçu une information sur les études récentes concernant la plaque dentaire bactérienne ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ?  
 OUI  NON

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

Lors de ces précédentes visites chez le Dentiste a-t-il rencontré des difficultés particulières ? Si oui, les quelles ?  
.....

J'atteste l'exactitude de ce document. Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales de l'enfant.

Fait à ..... Date : ..... / ..... / .....

NOM Prénom SIGNATURE DES DEUX PARENTS (obligatoires)