CABINET
DENT TON POULPE
Dr Eva Fernandez
Pédodontie exclusive
09.54.63.64.65

INFORMATIONS GENERALES DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Poids : kgs N° tel (parent/représentant légal) :

Motif : ☐ Bilan annuel ☐ Douleurs, caries ☐ Autre

QUESTIONNAIRE MEDICAL

L'enfant est-il atteint d'une maladie ou d'une pathologie, physique ou mentale, **MÊME SI VOUS PENSEZ QU'IL N'Y A PAS DE RAPPORT AVEC SES DENTS** ? ☐ oui ☐ non
Si oui : précisez (asthme, problème cardiaque, TSA…) :

Prend-il des médicaments quotidiennement (ou régulièrement) : ☐ oui ☐ non
Si oui : **merci d'apporter les ordonnances lors du rdv** et précisez :

A-t-il déjà été opéré ou hospitalisé, ou est-il suivi en CMP ou équivalent : ☐ oui ☐ non
Si oui : précisez :

Est-il allergique à quelque chose (médicament, latex, nourriture…) : ☐ oui ☐ non
Si oui : précisez :

Suite à de trop nombreux incidents, nous vous prions de nous informer si votre enfant est actuellement traité contre les poux et de prévoir un couvre-chef. Sans cela, si nous nous apercevons qu'il présente des poux ou lentes lors de la consultation, nous nous réservons le droit de reporter le rendez-vous.

QUESTIONNAIRE BUCCO-DENTAIRE

Brossage : ☐ rare ☐ rapide ☐ matin ☐ midi ☐ soir

Brosse à dent : ☐ manuelle ☐ électrique

Pouce ou tétine : ☐ oui ☐ non ☐ arrêt récent

Chocs, chutes, traumatismes de la tête, **MÊME ANCIEN** : ☐ oui ☐ non

Si oui : précisez (date, trauma dentaire éventuel) :

Si vous souhaitez aborder autre chose (mauvaise expérience avec un autre dentiste ?) :

Je m'engage à informer le cabinet de tout changement l'état de santé de l'enfant et de tenir ce questionnaire à jour. J'autorise le Dr Eva Fernandez à prodiguer à l'enfant les soins qu'elle jugera nécessaires.

DATE : SIGNATURE :

CABINET
DENT TON POULPE
Dr Eva Fernandez
Pédodontie exclusive
09.54.63.64.65

Cette partie du questionnaire est réservée à votre enfant. Afin de nous donner une idée de son état d'esprit lors de la consultation et de l'image qu'il a de sa dentition, **merci de le laisser remplir ce questionnaire en autonomie** ou, s'il ne sait pas lire, de lui lire les questions et de reporter ses réponses, même si elles vous paraissent ne pas refléter la réalité.

Je trouve que je suis en bonne santé : ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi pas ?

Ça m'arrive d'avoir mal aux dents : ☐ oui ☐ non

Si oui, quand ? ☐ tout le temps ☐ quand je mange ☐ la nuit ☐ autre

Je pense que je me brosse bien les dents : ☐ oui ☐ non

Je pense que j'ai de belles dents : ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi pas ?

Je pense que j'ai des problèmes aux dents ou à la bouche : ☐ oui ☐ non

Si oui, quoi ?

J'ai peur d'aller chez le dentiste : ☐ oui ☐ non

J'ai des questions que je veux poser au dentiste : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?