

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

- Merci de bien vouloir compléter et / ou entourer la réponse -

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénom du Patient :

Date de naissance :

Âge actuel :

Adresse complète :



:

Adresse mail :

Nom et prénom de l'assuré social :

Date de naissance de l'assuré :

Nom de la caisse de Sécurité Sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ? Oui / Non → Si oui, ACS Social : A / B / C

Bénéficiaire de la CMU ? Oui / Non

- Bénéficiaire de la MGEN ? Oui / Non

Qui vous a conseillé le Cabinet d'Orthodontie du Docteur Pauline Doré ?

→ Site Internet / Doctolib / Famille / Ami / Médecin / Dentiste / Autre

Quel est le motif de la visite ?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Médecin traitant :

Ville :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui / Non → Précisez :

Prend-il un traitement médicamenteux ? Oui / Non → Précisez :

A-t-il des allergies connues ? Oui / Non → Précisez :

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ? Oui / Non → Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui / Non → Précisez :

A-t-il des problèmes ORL (asthme, apnée du sommeil, etc.) ? Oui / Non → Précisez :

A-t-il des troubles alimentaires ? Oui / Non → Précisez :

A-t-il des problèmes de dos ? Oui / Non → Précisez :

Porte-t-il des semelles orthopédiques ? Oui / Non

HISTORIQUE DENTAIRE DE VOTRE ENFANT

Dentiste traitant :

Ville :

Dernière visite chez son Dentiste : 0-6 mois / 6-12 mois / +12 mois

Lui a-t-on déjà fait une radiographie dentaire ? Oui / Non → *Si oui, merci de bien vouloir apporter la dernière radio effectuée lors de votre visite*

Les parents ont-ils déjà suivi un traitement d'orthodontie ? Mère : Oui / Non & Père : Oui / Non

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

A-t-il déjà eu une tétine ? Jamais / Journée et nuit / Phase d'endormissement
Terminée depuis l'âge de :

Suce t'il ou a-t-il déjà sucé son pouce ? Jamais / Journée et nuit / Phase d'endormissement
Terminé depuis l'âge de :

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ? Matin et soir / Matin, midi et soir / Irrégulièrement

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

Votre enfant ronfle-t-il ? Oui / Non
Non

- Votre enfant dort-il la bouche ouverte ? Oui /

Se plaint-t-il de craquement de sa mâchoire ? Oui / Non

Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ? Oui / Non → Si oui, quoi ?

Autres remarques utiles :

Je soussigné(e),, représentant légal de....., atteste l'exactitude de ces informations strictement personnelles et confidentielles.

En cas de modification de son état de santé, des prescriptions médicales et / ou de coordonnées (adresse, numéro de téléphone), je m'engage à en informer le Docteur Doré.

Date :

Signature du patient :