



Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mlle

Nom et prénom : Date de naissance : / /

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Adresse complète :

Tél(s) :

Email :@.....

Médecin traitant / Tél. :

Numéro de sécurité sociale :

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? ☐ Parent ☐ Ami ☐ Docteur ☐ Internet ☐ Autre :

VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits, médicaments) ?

☐ Non ☐ Oui 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 ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il un souffle au coeur ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ?

☐ Non ☐ Oui Précisez :

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

☐ Non ☐ Oui Précisez :

HISTORIQUE DENTAIRE

Première visite chez le dentiste ?

☐Non ☐Oui Précisez la date de la dernière visite :

Lui a-t-on déjà fait des démonstrations d'hygiène dentaire ?

☐Non ☐Oui

Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?

☐Non ☐Oui

A-t-il déjà été traité pour des caries ?

☐Non ☐Oui

Votre enfant a-t-il déjà reçu un traitement dentaire spécifique ?

☐Non ☐Oui Précisez :

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

☐Non ☐Oui

Votre enfant est-il actuellement en cours de traitement orthodontique ?

☐Non ☐Oui Précisez le nom du praticien :

A-t-il déjà été anesthésié localement chez un dentiste ?

☐Non ☐Oui

Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ?

☐Non ☐Oui

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

☐Non ☐Oui

Boit-il des sirops ou du soda à table ?

☐Non ☐Oui

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?

☐Non ☐Oui

Utilise-t-il ou a-t-il déjà 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 :

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

☐Matin et soir ☐Matin ☐Midi ☐Soir ☐Irrégulièrement

Votre enfant prend-il encore le biberon ?

☐Non ☐Oui Combien de fois par jour ? En quelle quantité ?

Grince-t-il des dents ?

☐Non ☐Oui Précisez : ☐éveillé ☐endormi

Votre enfant ronfle-t-il ?

☐Non ☐Oui

Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?

☐Non ☐Oui Si oui, quoi ?

Autres remarques utiles ?

Je soussigné(e) représentant légal de, atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales de,
je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :