

Questionnaire médical et dentaire de 2 à 15 ans

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

Qui soigne votre enfant ?

Médecin généraliste traitant

Nom :

Ville :

Médecins spécialistes (pédiatre, allergologue, pédopsychiatre, ORL, etc...)

Nom : Spécialité Ville

Nom : Spécialité Ville

Orthophoniste

Nom : Ville

Orthodontiste

Nom : Ville

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? (précisez) Oui Non

Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement? Oui Non

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de reflux gastro-œsophagiens ?

Oui Non

Votre enfant présente-t-il des troubles graves de l'alimentation ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà fait une chute pouvant ou ayant abimé ses dents ?

Oui Non

Est-ce que votre enfant présente certains de ces signes pendant la nuit ?

- Ronflements fréquents et sonores
- Respiration difficile
- Respiration buccale (bouche ouverte / sèche)
- Sommeil agité
- Transpiration
- Énurésie (pipi au lit)

Est-ce que votre enfant présente certains de ces signes pendant la journée?

- Réveils difficiles
- Maux de tête au réveil
- Somnolence...
- Respiration buccale
- Infections répétées des voies aériennes supérieures (rhinite, sinusite, otite)
- Agitation, irritabilité
- Troubles de l'attention, de la mémoire

Votre enfant a-t-il pris des suppléments fluorés (zynafluor en gouttes, comprimés)?

Oui jusqu'à quel âge ? Non

Votre enfant prend-il ?

- Son pouce ses doigts une tétine/un doudou
- > Depuis quel âge ?

Votre enfant se brosse-t-il les dents ?

Oui Non Si oui :

> Depuis quel âge ?

> Le fait-il seul ? Oui Non

> Est-il aidé ? Oui Non

> Combien de fois par jour ?

> Avec une Brosse à dents manuelle? Oui Non

Ce questionnaire est strictement confidentiel et destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel uniquement.