

Hygiène, habitudes de vie et antécédents parafunctionnels : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Nombre de brossage des dents par jour : 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; + de 3 Brosse à dents : Manuelle Electrique

Saignements des gencives : _____

Consommation de sucreries, bonbons : _____ Quantité : _____

Consommation de sodas : _____ Quantité : _____

Tabac ? Oui Non Si oui, depuis combien de temps ? _____ Combien de cigarettes/jour ? _____

L'enfant dort-il bien la nuit ? _____

Réveils nocturnes fréquents Fatigue au réveil Ronflements Oreiller mouillé au réveil Autre : _____

Succion : Pouce Tétine Doudou Doigts (lesquels, combien) : _____ Autre : _____
Jusque quel âge ? _____ A quel moment? _____

Succion des lèvres, joues, langue (tétouillage ?) _____

L'enfant prend-il encore des biberons? Contenu? _____ Quantité? _____ Fréquence? _____

L'enfant grince-t-il des dents ? Oui Non

L'enfant se ronge-t-il les ongles ? Oui Non

L'enfant mâchouille-t-il des crayons ? Oui Non

Sports pratiqués : _____ Niveau : _____ Fréquence : _____

Instruments de musique : _____ Niveau : _____ Fréquence : _____

Dans le cadre de mon traitement, j'autorise le Dr Marie DOCO à prendre des photographies, à les transmettre aux prothésistes de son choix et à les utiliser de manière anonyme dans des articles ou publications médicales ou scientifiques qui pourront être publiées sur le média de son choix.

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement ainsi que de mettre à jour vos informations administratives en cas de changements.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements portés sur ce questionnaire médical.

PATIENT Lu et Approuvé Date et Signature	PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL Lu et Approuvé Date et Signature
--	---

EXAMEN CLINIQUE

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Exo-buccal : _____

Endo-buccal : _____

HBD : correcte à améliorer incompatible avec l'ODF

Parodontie / freins / langue : _____

Couloir aéro-pharyngé : _____

Soins en bouche : _____

Occlusion statique	Transversal	Vertical	Sagittal
Incisives			
Canines			
Molaires			

Occlusion dynamique : Proglissement Latérodéviation

ATM : Claquement Craquement Autre _____