

# QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

(Strictement confidentiel, ce questionnaire est à remplir avant la première consultation au cabinet)

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

P A T I E N T	Nom & Prénom : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe: <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
	Etablissement scolaire : _____ Classe : _____
	Adresse (domicile, foyer ou famille d'accueil) : _____
	Code postal: _____ Ville : _____ Tél. portable : _____
P A R E N T S	Mail : _____ @ _____
	Nom & Prénom - Mère: _____ Profession: _____ Tél. portable : _____
	Nom & Prénom - Père: _____ Profession: _____ Tél. portable : _____
	Situation Familiale : _____ Responsable de l'enfant : _____
	Adresse (si différente de l'enfant) _____
	Mère: _____
L' A S S U R É	Père: _____
	Mail : _____ @ _____
	Avez-vous eu un traitement orthodontique, à quel âge ? Mère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Age : _____   Père <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Age : _____
	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme Nom _____ Nom de jeune fille _____ Prénom _____
	Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance _____ Département _____
	Adresse : _____
	Code postal: _____ Ville : _____
Tél. portable : _____ Tél. domicile: _____	
N° Sécurité Sociale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Régime : général /autre _____ Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	

Comment avez-vous connu le cabinet :  Famille/Ami  Chirurgien-dentiste  Pages jaunes  Internet  Autre: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES DU PATIENT

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg  
 Nom et coordonnées du médecin traitant: \_\_\_\_\_  
 Nom et coordonnées du pédiatre: \_\_\_\_\_

### Antécédents médicaux et chirurgicaux : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Pathologies générales : \_\_\_\_\_

Maladie héréditaire ou congénitale : \_\_\_\_\_

Troubles sanguins ou anomalie de la coagulation : \_\_\_\_\_

Traitements : \_\_\_\_\_

Allergies (médicaments, métaux, latex, pollen, iode, alimentaire, autre) : \_\_\_\_\_

Maladie virale (VIH, Hépatite, Herpès buccal) : \_\_\_\_\_

Troubles hormonaux : \_\_\_\_\_  
 Pour les filles : Règles :  Oui  Non Depuis quand ? : \_\_\_\_\_

ORL : amygdalectomie (retrait des amygdales) / adénoïdectomie (retrait des végétations) / aérateurs / apnées du sommeil / Otites /  
 angines / bronchites / asthme / autres \_\_\_\_\_

Corrections auditives ou visuelles (Précisez) : \_\_\_\_\_

Posture et déséquilibre : dos / nuque / hanches / jambes / pieds : \_\_\_\_\_

Accidents et traumatismes : \_\_\_\_\_ A quel âge? \_\_\_\_\_

Opérations : \_\_\_\_\_ A quel âge? \_\_\_\_\_

Troubles alimentaires (anorexie, boulimie) : \_\_\_\_\_

Troubles nerveux (épilepsie, anxiété) : \_\_\_\_\_

Consultation précédente chez un orthophoniste ? Nom et adresse du praticien ? \_\_\_\_\_

Consultation précédente chez un ostéopathe ? Nom et adresse du praticien ? \_\_\_\_\_

Mode de naissance (Précisez: voie basse, césarienne, forceps, prématurité) : \_\_\_\_\_

### Antécédents dentaires et orthodontiques : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Chirurgien dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Date du dernier examen dentaire : \_\_\_\_\_

Choc, chutes, traumatisme dentaire, à quel âge ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il déjà eu un traitement orthodontique ?  Oui  Non A quel âge ? \_\_\_\_\_ Nom de l'orthodontiste : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu des anesthésies dentaires ?  Oui  Non ; Si oui réactions particulières ? \_\_\_\_\_

Motif de Consultation selon l'enfant : \_\_\_\_\_

Motif de Consultation selon les parents : \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_