

Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____ n° SS _____ Assurance Maladie Complémentaire _____ <i>Pensez à vous munir de votre attestation pour votre prochain rendez-vous</i>
Adresse _____ Code postal _____ Ville _____
Nom et prénom du parent 1 _____ Tél. domicile _____ portable _____ professionnel _____ E-mail _____
Nom et prénom du parent 2 _____ Tél. domicile _____ portable _____ professionnel _____ E-mail _____
Les parents sont-ils divorcés ou séparés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre, précisez les coordonnées _____
Date de naissance _____ Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Si c'est une fille, pour connaître son stade de croissance, est-elle réglée ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quand ? _____
Est-ce la première visite de votre enfant chez le dentiste ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand était la dernière visite chez le dentiste et pour quelle raison ? _____ Motif de sa prochaine consultation dentaire <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Contrôle/Détartrage <input type="checkbox"/> Autre _____ Si un professionnel de santé adresse l'enfant indiquez ses nom, prénom et coordonnées _____
Si votre enfant à changé de praticien, motif, nom, prénom et coordonnées du chirurgien-dentiste _____
Si votre enfant est suivi par un orthodontiste, indiquez ses nom, prénom et coordonnées _____
Si votre enfant est suivi par un orthophoniste, indiquez son nom et ses coordonnées _____
Est-il suivi par un autre spécialiste ? (ORL, ophtalmo, pédopsychiatre, psychomotricien...) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez _____

A-t-il déjà eu des pertes de connaissance ? Non Oui

A-t-il eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? Non Oui

Est-il sujet aux ecchymoses ? Non Oui

A-t-il eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? Non Oui Lesquelles ? _____

Lui-a-t-on prescrit des antibiotiques avant un traitement dentaire ? Non Oui

Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ? Non Oui

Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ? Non Oui

Ses mâchoires se bloquent-elles ? Non Oui

A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Non Oui Quand ? _____

Pratique-t-il un sport ? Non Oui Lequel ? _____

Pratique-t-il un instrument de musique ? Non Oui Lequel ? _____

Autres activités de loisir _____

Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? Non Oui Précisez _____

Lors des précédentes visites chez le dentiste a-t-il rencontré des problèmes particuliers ? Non Oui Lesquels ? _____

Nom, prénom et coordonnées du médecin traitant

L'enfant a-t-il actuellement des problèmes de santé ? Non Oui

Si l'enfant est suivi par un spécialiste en ville ou à l'hôpital, motif, nom, prénom et coordonnées

Prend-il des médicaments ? Non Oui Lesquels ? _____

Merci de bien vouloir, au choix : Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous Adresser un scan par mail

Présente-t-il souvent des infections, rhumes, maux de gorges, otites, angines, ... ? Non Oui Lesquels ? _____

Présente-t-il des troubles de croissance ? Non Oui

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture ? (lordose, pieds plats, ...) Non Oui Lesquels ? _____

A-t-il déjà été hospitalisé ? Non Oui Pour quelle raison ? _____

A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations ? Non Oui A quel âge ? _____

A-t-il subi d'autres interventions chirurgicales ? Non Oui Lesquelles ? _____

Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ? Non Oui Laquelle ? _____

L'enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? Non Oui De quelle nature ? _____

Souffre-t-il de l'une des affections suivantes ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Maladie cardiovasculaire

- Souffle au cœur
- Malformation cardiaque

Maladie des yeux

- Affection oculaire

Maladie digestive

- Insuffisance hépatique
- Brûlures d'estomac (gastrite)
- Reflux gastro-œsophagien
- Rectocolite hémorragique (RCH)
- Maladie de Crohn
- Colite

Maladie respiratoire

- Asthme
- Insuffisance respiratoire
- Bronchite chronique
- Tuberculose

Maladie du système nerveux

- Spasmophilie
- Crise de tétanie
- Épilepsie, convulsion
- Migraine
- Troubles du comportement : troubles de la concentration ou hyperactivité

Maladie nez/gorge/oreille

- Angine
- Sinusite chronique
- Rhume ou rhino-pharyngite chronique
- Otite

Maladie du sang

- Anémie
- Purpura
- Hémophilie
- Autre déficit en facteur de coagulation
Lequel ? _____

Maladie infectieuse

- Sérologie hépatite B positive
- Sérologie hépatite C positive
- Sérologie HIV positive
- SIDA
- Herpès (bouton de fièvre)
- Candidose

Maladie rénale

- Insuffisance rénale modérée et sévère
- Insuffisance rénale terminale (dialyse)
- Pyélonéphrites à répétition

Maladie endocrinienne

- Diabète
- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie
- Troubles des glandes surrénales

Maladie rhumatologique

- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Maladie de Paget

Maladie de peau

- Eczéma
- Psoriasis
- Autres
Précisez _____

Troubles du comportement alimentaire

- Anorexie
- Boulimie

L'enfant ne présente aucune de ces affections

L'enfant a-t-il déjà souffert d'un cancer ? Non Oui Lequel ? _____ A quelle date ? _____

Autres maladies

A-t-il suivi ou suit-il un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante, les réponses seront complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste)

A-t-il été traité par chimiothérapie ? Non Oui A quelle date ? _____

A-t-il subi une greffe ? Non Oui Laquelle ? _____ A quelle date ? _____

A-t-il reçu une transfusion ? Non Oui A quelle date ? _____

A-t-il subi une chirurgie cardiaque ? Non Oui A quelle date ? _____

Suit-il un traitement pour un trouble de la concentration ou une hyperactivité ? _____

Suit-il un régime alimentaire particulier ?

Autres traitements

Est-il allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Anesthésiques locaux Aspirine Antibiotiques Précisez _____

Codéine Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)

Iode et produits dérivés Sédatifs ou neuroleptique Précisez _____

Autres médicaments Précisez _____

Métaux Latex ou gants médicaux, ménagers Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)

Allergie alimentaire (banane, avocat, kiwi, châtaigne, sarrasin, poivron)

Autres produits Précisez _____

Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac)

L'enfant n'a aucune de ces allergies

Apprendre à mieux connaître votre enfant sur le plan bucco-dentaire

Son historique fonctionnel

Votre enfant a-t-il des difficultés à Mastiquer Avaler Respirer Parler

Grince-t-il ou serre-t-il parfois les dents ? Non Oui Quand ? Le jour La nuit

Ronfle-t-il en dormant ? Non Oui

A-t-il la bouche ouverte en dormant ? Non Oui

A-t-il l'une des habitudes suivantes ?

Pour les plus jeunes, succion de la tétine Non Oui

Succion du pouce Non Oui

Se mordre les joues, les lèvres ou la langue Non Oui

Se ronger les ongles Non Oui

Suce-t-il ou mordille-t-il un objet ? (mouchoirs, drap, stylo, ...) Non Oui

Autres habitudes Non Oui Précisez _____

Son historique dentaire

Votre enfant a-t-il des abcès de la gencive ? Non Oui

Saigne-t-il des gencives en se brossant les dents ? Non Oui

Est-il sujet aux caries ? Non Oui

A-t-il eu des dents définitives extraites ? Non Oui Précisez _____

A-t-il eu des dents de lait extraites ? Non Oui Précisez _____

Votre enfant mange-t-il entre les repas ? Jamais Occasionnellement Régulièrement Tous les jours

Votre enfant mange-t-il des sucreries ? Jamais Occasionnellement Régulièrement Tous les jours

Votre enfant boit-il des boissons sucrées ? (sodas, jus de fruit, sirop, ...) Jamais Occasionnellement Régulièrement Tous les jours

Quand votre enfant se brosse-t-il les dents ? Le matin Le soir Le matin et le soir Très irrégulièrement

Votre enfant utilise-t-il une brosse à dents ? Manuelle Électrique

Les poils de la brosse sont Souples Medium Durs

Utilisez-vous parfois le révélateur de plaque dentaire ? Non Oui

Le dentifrice contient-il du fluor ? Non Oui Je ne sais pas

Qui brosse les dents ? L'enfant seul L'enfant et un parent Le parent seul

Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant ? (verniss de protection des dents) Non Oui

Utilisez-vous des compléments fluorés ? Non Oui Lequel ? _____

Comment avez-vous connu le cabinet ? _____

Si vous pensez que votre enfant présente toute autre maladie ou tout autre problème de santé non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à le soigner dans les meilleures conditions, nous vous remercions de le préciser ci-dessous :

Pour tout enfant mineur, il est obligatoire qu'un consentement aux soins et aux anesthésies locales et /ou locorégionales signé par les parents ou le représentant légal soit remis à votre chirurgien-dentiste avant tout traitement dentaire

Autorisation de réalisation de soins dentaires

Je soussigné, _____ autorise le docteur Shandy OBOUTA-LANDRY à pratiquer les examens et soins nécessaires à la santé bucco dentaire de mon enfant _____ né(e) le .

Fait à _____ Date _____

Signature

Autorisation de réalisation de soins dentaires

Je soussigné, _____ autorise le docteur Shandy OBOUTA-LANDRY à pratiquer les examens et soins nécessaires à la santé bucco dentaire de mon enfant _____ né(e) le .

Fait à _____ Date _____

Signature

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de l'état de santé, et/ou des prescriptions médicales de mon enfant, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à _____ Date _____

Signature du ou des parents ou du représentant légal