



## Bilan de santé de l'enfant et de l'adolescent

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec l'état de santé actuel ou une maladie même ancienne de votre enfant. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant lui 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 besoins complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter le dossier médical de votre enfant et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le parent ou le responsable légal 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  _____
Nom de la personne qui vous adresse _____ 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  _____
A-t-il déjà eu des pertes de connaissance ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A-t-il eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Est-il sujet aux ecchymoses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A-t-il eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquelles ? _____ Lui-a-t-on prescrit des antibiotiques avant un traitement dentaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Ses mâchoires se bloquent-elles ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A-t-il reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?  Non  Oui

Noms et âges \_\_\_\_\_

En quelle classe est votre enfant ? \_\_\_\_\_

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 à [drlocatelli@secretariatdentaire.fr](mailto:drlocatelli@secretariatdentaire.fr)

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 un autre trouble de développement ? (DYS, TDAG, TSA, ...)  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

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 respiratoire**  Asthme  Insuffisance respiratoire  Bronchite chronique  Tuberculose
- Maladie nez/gorge/oreille**  Angine  Sinusite chronique  Rhume ou rhino-pharyngite chronique  Otite
- Maladie digestive**  Insuffisance hépatique  Brûlures d'estomac (gastrite)  Reflux gastro-œsophagien  
 Rectocolite hémorragique (RCH)  Maladie de Crohn  Colite
- Maladie du système nerveux**  Spasmophilie  Crise de tétanie  Épilepsie, convulsion  Migraine  
 Troubles du comportement : troubles de la concentration ou hyperactivité
- Maladie du sang**  Anémie  Purpura  Hémophilie  Autre déficit en facteur de coagulation \_\_\_\_\_
- Maladie rhumatologique**  Polyarthrite rhumatoïde  Spondylarthrite ankylosante  Maladie de Paget
- Maladie rénale**  Insuffisance rénale modérée et sévère  Insuffisance rénale terminale (dialyse)  
 Pyélonéphrites à répétition
- Maladie des yeux**  Affection oculaire
- Maladie endocrinienne**  Diabète  Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie  Troubles des glandes surrénales
- Maladie infectieuse**  Sérologie hépatite B positive  Sérologie hépatite C positive  Sérologie HIV positive  SIDA  
 Herpès (bouton de fièvre)  Candidose
- Maladie de peau**  Eczéma  Psoriasis  Autres \_\_\_\_\_
- 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 craintes lors de la consultation ou des soins dentaires ? A quel degré sur une échelle de 1 (très peu) à 10 (énormement) ? \_\_\_\_\_

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 de lait extraites ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

A-t-il eu des dents définitives 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

Quelle est la marque du dentifrice utilisé ? \_\_\_\_\_

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

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

Combien de temps votre enfant se brosse-t-il les dents ?  Rapidement  Environ 1 mn  2 mn  3 mn  Avec un sablier ou un minuteur

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

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

Utilisez-vous des compléments fluorés ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_



Comment avez-vous connu le cabinet ? \_\_\_\_\_

Précisez le nom de la personne qui vous adresse \_\_\_\_\_

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 votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :

- des ordonnances des médicaments que prend votre enfant,
- des éventuelles radios dentaires en votre possession,
- de votre carte Vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement.

## INFORMATION - CONSENTEMENT

### Soins sous MEOPA

Le soins chez les enfants de moins de 12 ans seront systématiquement effectués sous MEOPA. Une information vous sera délivrée le jour de la consultation.

Pour les enfants plus âgés, son utilisation pourra également être possible après concertation avec le praticien.

**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 Thi Kim LOCATELLI 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 Thi Kim LOCATELLI 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