



# HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

NOM de l'enfant: ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Nom des parents (ou du tuteur légal) : .....

Nom du médecin traitant : .....



## HISTORIQUE MEDICAL

1- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?  OUI  NON  
Si oui, lesquels ? .....

2- Votre enfant prend-il des médicaments ?  OUI  NON  
Si oui, le(s)quel(s) ? .....

3- Votre enfant est-il allergique à la pénicilline, antibiotiques,  
ou à d'autres médicaments ?  OUI  NON

4- Votre enfant a-t-il d'autres allergies ?  OUI  NON  
Si oui, lesquelles ? .....

5- Votre enfant a-t-il déjà été opéré pour une maladie grave ?  OUI  NON

6- Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ?  OUI  NON

7- Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements  
répétés (du nez ou autres) ?  OUI  NON

.../...

## HISTORIQUE DENTAIRE



1. Est-ce la **première visite** de votre enfant chez un dentiste ?  OUI  NON
2. Sinon, à quand remonte sa dernière visite ? .....
3. Est-ce que votre enfant :
  - mange des **suceries** : tous les jours    une fois par semaine    une fois par mois
  - boit du **soda**, du **sirop** : tous les jours    une fois par semaine    une fois par mois
4. Votre enfant se **brosse les dents** :
  - Le matin
  - Le soir
  - Très irrégulièrement
- 7- Votre enfant reçoit-il du **fluor** autre que dans le dentifrice ?  OUI  NON
  - eau du robinet ou en bouteille
  - gouttes ou pastilles de fluor
  - gel ou rinçage
- 8- Votre enfant a-t-il eu ou a toujours l'une des habitudes suivantes :
  - Succion du **pouce/doigt(s)**    arrêté à ..... ans
  - Succion d'une **tétine**    arrêtée à ..... ans
  - Se ronger les **ongles**
- 9- Est-ce que des **caries** ont déjà été remarquées dans le passé ?  OUI  NON
10. Lui a-t-on déjà **enlevé une dent** (de lait ou définitive) ?  OUI  NON
11. A-t-il déjà eu un **appareil d'orthodontie** ?  OUI  NON
12. Votre enfant s'est-il déjà **cassé une ou plusieurs dents** ?  OUI  NON  
Si oui, comment : .....
13. A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé?  OUI  NON
14. Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'**orthophonie** ?  OUI  NON
15. Votre enfant a-t-il déjà reçu une **anesthésie dentaire** ?  OUI  NON

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et de ses prescriptions médicales.

Fait à MAZE, le ...../...../ 20....

Signature des parents (ou du tuteur légal) :