

Bocage Orthodontie

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

Nom et Prénom :

Adresse :

Régime Général et Complémentaire :

N° Téléphone Principal

Papa

Maman

Email :

Nom du médecin généraliste :

Nom du dentiste traitant et date du dernier examen :

Quel est votre recommandeur :

Motif de consultation :

Avez-vous une radio panoramique de moins de 6 mois ?

- Oui (merci de nous l'envoyer par mail)
- Non

Combien de brossage par jour ? Avec quel type de brosse à dent ? (Électrique ou manuelle)

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Oui

Non

Bocage Orthodontie

Votre enfant est – il allergique ?

- Oui, précisez
- Non

A-t-il eu par le passé ou a-t-il des habitudes suivantes :

- Succion du pouce / des doigts / de la sucette ; Après 3 ans
- Difficultés à respirer par le nez
- Ronflements
- Respire par la bouche la journée / la nuit
- A subi l'ablation des amygdales / végétations
- A les mâchoires qui craquent

A-t-il déjà suivi un traitement ODF ?

Votre enfant a-t-il ?

- Déjà été hospitalisé
- Un traitement / une prise de médicaments, si oui, précisez :
- Déjà subi une intervention chirurgicale
- Été traité pour une maladie grave
- Eu un problème cardiaque / pulmonaire / rénal
- Eu une infection virale
- Eu une pathologie cancéreuse
- Du diabète
- Des problèmes sanguins / nerveux
- Une anomalie de croissance
- Subi un traumatisme / accident
- Déjà fait des malaises, si oui, lesquels ?
- Des problèmes psychologiques / psychiatriques

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de ses renseignements

Signature(s) :