

## Dr Stéphanie CIESLA-ROUSSEAU

Chirurgien-Dentiste - Dentisterie Pédiatrique Exclusive

Diplômée de l'Université René Descartes-Paris V

D.U. En Odontologie Pédiatrique Clinique

C.E.S. En Odontologie Pédiatrique et Préventive

## QUESTIONNAIRE MEDICAL : DENTISTERIE PEDIATRIQUE

⇒ Chers Parents, sauf Urgence, aucun soin n'est réalisé lors de la première visite au cabinet. Ce rendez-vous permet de créer une relation de confiance avec votre enfant, et de vous donner toutes les explications nécessaires au bon déroulement des rendez-vous.

### LE PATIENT :

Nom de l'Enfant:

Prénom de l'Enfant:

Date de Naissance : .. / .. / ....

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Niveau de scolarisation :

### LES REPRESENTANTS LEGAUX :

Nom du Père :

Tel :

Profession :

Nom de la Mère :

Tel :

Profession :

Autre, Merci de préciser :

Personne(s) responsable (s) de l'enfant : Père ☐ Mère ☐ Autre ☐

Votre enfant a été **adressé(e) ou recommandé(e)** par :

### INFORMATIONS MEDICALES :

Votre enfant présente-t-il l'une des pathologies suivantes :

|                                                            | Oui | Non |                                 | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------|-----|-----|
| Asthme                                                     |     |     | Troubles ORL                    |     |     |
| Maladies Sanguines                                         |     |     | Diabète                         |     |     |
| Troubles Rénaux                                            |     |     | Troubles Hépatiques             |     |     |
| Troubles Digestifs                                         |     |     | Perte de connaissance           |     |     |
| Troubles Pulmonaires                                       |     |     | Cancer                          |     |     |
| Saignement facile                                          |     |     | Epilepsie                       |     |     |
| Maladies Cardiaques                                        |     |     | Maladie Virale<br>(HIV, SIDA..) |     |     |
| Troubles du<br>Neurodéveloppement<br>(TDAH, TSA, TDA, ...) |     |     | Autre:                          |     |     |

Tournez la page s'il vous plaît

Votre enfant a-t-il des **ALLERGIES** ? (Médicaments, aliments...) :

Votre enfant a-t-il ses **vaccins** à jour : Oui ☐ Non ☐

Votre enfant a-t-il déjà été opéré sous **Anesthésie Générale** : Oui ☐ Non ☐

\*Si oui : Type et Date d'opération :

Votre enfant prend-il des **médicaments depuis moins d'un mois** : Oui\* ☐ Non ☐

\*Si oui : Quel(s) médicament(s)

**Médecin Traitant** : Nom et Ville :

### **INFORMATIONS DENTAIRES :**

Est-ce la **première visite** de votre enfant chez un dentiste ? Oui ☐ Non\* ☐

\*Si non, date de la dernière visite et pour quelle raison :

Votre enfant a-t-il déjà fait une **chute sur les dents, le menton ou la tête** ? Oui ☐ Non ☐

\*Si oui, date de la chute :

Votre enfant est-il suivi par un **Orthodontiste** ? Oui\* ☐ Non ☐

\*Si oui, Nom et Ville de l'Orthodontiste :

Votre enfant prend-il ou a-t-il pris :

**La tétine ou le pouce** OUI ☐ NON ☐ Jusqu'à quel âge :

**Tête-t-il son doudou ou sa langue** OUI ☐ NON ☐

*Merci du soin avec lequel vous avez voulu remplir ce questionnaire médical.*

***Je m'engage à informer mon praticien de tout changement de l'état de santé de mon enfant intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical.***

Je, soussigné (nom/prénom du représentant) \_\_\_\_\_  
autorise le Docteur Stéphanie CIESLA-ROUSSEAU, à pratiquer les soins nécessaires et les éventuelles anesthésies locales et/ou loco régionales à mon enfant (nom et prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_

**Signature du tuteur légal :**

Fait à Andernos Les Bains

Le : .. / .. / ....