



# Questionnaire médicale pour enfants

Nous vous prions de bien vouloir remplir la fiche anamnestique suivante. Toutes les données seront traitées avec la plus stricte discrétion.

**Enfant:** Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

**Représentant légal :** Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_ CP/ville: \_\_\_\_\_

Téléphone maison: \_\_\_\_\_ Téléphone travail: \_\_\_\_\_

Téléphone mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Désirez-vous recevoir la correspondance (rappel /factures / devis) par courriel ?  oui  non

Désirez-vous recevoir un rappel la veille de vos rendez-vous :  oui, par courriel  oui, par SMS  non

Recommandé ou envoyé par : \_\_\_\_\_

Percevez-vous des prestations sociales ? (AI, prestations complémentaires)  oui  non

Votre enfant souffre-t-il à présent de maux de dents ?  oui  non

A-t-il déjà été traité par un dentiste ?  oui  non

A-t-il eu des mauvaises expériences dentaires ?  oui  non

A-t-il jamais subi un traumatisme (accident) dentaire ?  oui  non

## Alimentation

Votre enfant mange-t-il beaucoup de sucreries ?  oui  non

A-t-il pris ou prend-il le biberon ?  oui  non

Si oui, quelle boisson ? \_\_\_\_\_ Pour combien de temps / encore ? \_\_\_\_\_

A-t-il beaucoup sucé son pouce ?  oui  non

Poids actuel en kg \_\_\_\_\_

## Questions médicales

Pédiatre de famille, nom et lieu \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des maladies congénitales ?  oui  non

(si oui, lesquelles) ? \_\_\_\_\_

A-t-il récemment reçu des soins médicaux ?  oui  non

Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Prend-il régulièrement des médicaments ?

Si oui, lesquels et à quel dosage ? \_\_\_\_\_

**Rempliez aussi la deuxième page de cette fiche, s.v.p.**

Votre enfant souffre-t-il d'une des maladies suivantes ?

Déficiences cardiaque ou autre maladie du cœur ?  oui  non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

### Allergies:

Votre enfant a-t-il des allergies ?  oui  non

Si oui, à quoi est-il allergique ? \_\_\_\_\_

A-t-il un passeport d'allergie ?  oui  non

Souffre-t-il de rhume des foins ou d'asthme ?   oui  non

### Maladies du sang ou infectives

Coagulopathie, hémophilie  oui  non

Se oui, de quel type? \_\_\_\_\_

Votre fils a-t-il jamais eu une hémorragie après un traitement dentaire?  oui  non

VIH / SIDA  oui  non

Hépatite A  / B  / C   oui  non

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_

### Autres maladies

Diabète  oui  non

Epilepsie  oui  non

Tumeurs, Leucémie  oui  non

Si oui, de quel type et quand ? \_\_\_\_\_

Autres maladies pas mentionnées ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

**Attention : Après l'administration de sédatifs ou d'une anesthésie totale votre enfant doit être surveillé pendant environ six heures. Ne le laissez pas seul pour éviter le risque d'accident.**

**Date:** \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal:** \_\_\_\_\_