

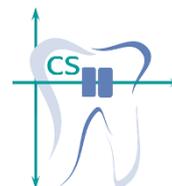
## CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

3 Allée des Internautes - Parc Gouraud

02200 SOISSONS

03 23 59 31 50

cab.ortho.saumen@gmail.com



### Docteur Claire SAUMEN

CHIRURGIEN DENTISTE

SPECIALISTE QUALIFIÉ EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

CECSMO

# QUESTIONNAIRE MEDICAL ET DENTAIRE – ENFANTS

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre orthodontiste dans le cadre de son exercice professionnel. Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

## IDENTITE

NOM Prénom de l'enfant	
Mail familial	
Nom du chirurgien-dentiste traitant	
Date de naissance - Âge	
Classe suivie	
Centres d'intérêt ou sports pratiqués	
Comment avez-vous connu le cabinet ?	<input type="checkbox"/> Dentiste – <input type="checkbox"/> Famille – <input type="checkbox"/> Amis – <input type="checkbox"/> Ecole – <input type="checkbox"/> Annuaire – <input type="checkbox"/> Internet – <input type="checkbox"/> Autre :

## PROFIL MEDICAL

Votre enfant fait-il des rhino-pharyngites fréquentes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Les végétations lui ont-elles été enlevées ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quel âge ?		
Les amygdales lui ont-elles été enlevées ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quel âge ?		
Suce-t-il encore son pouce ou un autre doigt ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ronge-t-il ses ongles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tête-t-il sa langue ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A-t-il du mal à respirer par le nez ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présente-t-il des troubles du sommeil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Dort-il la bouche ouverte ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ronfle-t-il la nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A-t-il déjà eu un traitement d'orthophonie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quel âge ?		

A-t-il de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présente-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
A-t-il des maux de tête fréquents ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présente-t-il un problème vertébral ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
A-t-il déjà consulté un ostéopathe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Est-il nerveux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pour les filles de moins de 13 ans : règles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, premières règles à quel âge ?		

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant a-t-il eu des accidents antérieurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
A-t-il subi des opérations ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
Prend-il régulièrement des médicaments ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
Présente-t-il des difficultés psychologiques ou autres ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
Porte-t-il des semelles orthopédiques ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A quand remonte le dernier examen bucco-dentaire ?		
Quelle est la régularité du brossage dentaire ?		
Y a-t-il déjà eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles ?		
L'enfant a-t-il déjà subi des chocs sur les dents ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, y a-t-il eu des fractures dentaires associées ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements concernant mon enfant. En cas de modifications de son état de santé et/ou des prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui le soigne au RDV suivant.**

DATE :

SIGNATURE :

LIEN DE PARENTE :

Le cabinet d'orthodontie dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre orthodontiste\*.

\*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.