

ENREGISTREMENT - HISTOIRE MÉDICALE

INFORMATION GÉNÉRALE

Nom de famille _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No.assurance maladie _____ Exp. _____
Adresse _____ Ville _____ Prov. _____
Code Postale _____ Tél. _____ Courriel _____
École _____ Année scolaire _____ Passe-temps favori _____
Qui vous a référé à ou fait connaître notre bureau? _____

PARENTS

Nom	Tél. Travail	Cellulaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Tuteur légal (si autre que parents) _____
- Personne financièrement responsable de l'enfant _____
- Avez-vous une assurance dentaire privée? ____oui ____non

HISTOIRE DENTAIRE

- Est-ce la première visite chez le dentiste? __oui __ non, date de la dernière visite chez le dentiste _____
- Est-ce que l'enfant se plaint de douleur ou problème dentaire ____ oui ____ non

Si oui, expliquez _____

- Si votre enfant a eu de mauvaises expériences chez le dentiste, svp expliquez _____
- Votre enfant a -t-il déjà eu (encercler les réponses positives) :

Des blessures: bouche - dents - tête

Des habitudes orales: succion du pouce - ronger les ongles - respiration buccale - sucette - grincement des dents - biberon - autre _____

- Des défauts de parole ou langage? ____ oui ____ non
- Dents perdu suite à un traumatisme? ____ oui ____ non
- Est-ce que l'enfant est suivi par un Orthodontiste? ____ oui ____ non

Si oui, nom de l'Orthodontiste : _____

- Est-ce que l'enfant se brosse les dents à tous les jours? ____ non ____ oui, à quelle fréquence? _____
- Utilise-t-il la soie dentaire? ____non ____oui, à quelle fréquence? _____
- Aidez-vous votre enfant avec le brossage/soie dentaire? ____oui ____non
- Prend-t-il du fluor? ____non ____oui

Si oui, quelle genre (encercler)? Comprimé - goutte - pâte à dent - rince-bouche

- Attitude de l'enfant vis à vis la dentisterie et l'hygiène buccale :
____ positive ____ négative

VERSO →

HISTOIRE MÉDICALE

Nom du médecin/pédiatre _____ No. téléphone _____
Date du dernier examen médical _____ Résultats _____

▪ Votre enfant est-t-il suivi par un médecin présentement? ___ oui ___ non

Si oui, détails : _____

▪ Prend-t-il des médicaments présentement? ___ oui ___ non

Si oui, spécifiez : _____

▪ A-t-il déjà été hospitalisé? ___ oui ___ non

Si oui, détails : _____

▪ A-t-il déjà été opéré? ___ oui ___ non

Si oui, détails : _____

▪ Saigne-t-il beaucoup lors d'une blessure? ___ oui ___ non

▪ Est-t-il allergique à la pénicilline ou autres antibiotiques ___ oui ___ non

Si oui, spécifiez : _____

▪ Est-t-il allergique à d'autres médicaments? ___ oui ___ non

Si oui, spécifiez : _____

▪ A-t-il d'autres allergies? (latex - aliments - pollen - animaux - poussières)
___ oui ___ non. Si oui, spécifiez _____

▪ Votre enfant est-il bien coordonné? ___ oui ___ non

▪ Soupçonnez-vous des problèmes émotionnels? ___ oui ___ non

Si oui, spécifiez _____

**Vous a-t-on déjà signalé la présence d'une ou plusieurs des maladies suivantes:
(encercler)**

Anémie	Sinusite chronique	Problème d'audition	Mastoidite	Mononucléose
Asthme	Convulsions	Problème cardiaque	Oreillons	Thyroïde
Problème de vessie	Diabète	Problème aux reins	Rougeole	Tuberculose
Paralysie cérébrale	Épilepsie	Problème au foie	Tumeur	
Varicelle	Pertes de conscience	Fièvre rhumatismale	Autre _____	

Autre détails n'ayant pas été mentionnés:

Consentement au traitement

La présente certifie que, je, le soussigné, consents à ce que l'on procède au traitement indiqué, nécessaire ou recommandé et que l'on utilise l'anesthésie locale si cela est prescrit. J'assumerai également la responsabilité des frais encourus relativement à ces procédures.

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____