



Dr Marie Hélène PLAUD
CABINET
D'ORTHODONTIE

16 Bis Rue Guy Le Garrec 29120 PONT L ABBE 09 81 81 44 57

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F M Dentiste :

Nom et prénom des responsables légaux du patient :

.....

Taille : Poids : Date 1^{ères} règles :

• **Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des : (si oui cochez et précisez)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la croissance | <input type="checkbox"/> Maladie virale |
| <input type="checkbox"/> Troubles posturaux | <input type="checkbox"/> Troubles ostéo-articulaires |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation |
| <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux |
| <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rénale | <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Pathologie chronique ou affection de longue durée | <input type="checkbox"/> Onychophagie (ongles rongés) |

• **Votre enfant a-t-il subi :**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un traumatisme facial | <input type="checkbox"/> L'ablation des amygdales |
| <input type="checkbox"/> Un traumatisme dentaire | <input type="checkbox"/> L'ablation des végétations |

• **Votre enfant a-t-il :**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Des difficultés à respirer | <input type="checkbox"/> Des angines fréquentes |
| <input type="checkbox"/> Des rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Des rhinopharyngites fréquentes |
| <input type="checkbox"/> Des otites fréquentes | |

• **Votre enfant présente-t-il les signes suivants :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bouche ouverte dans la journée | <input type="checkbox"/> Enurésie |
| <input type="checkbox"/> Succion de son pouce, des doigts, d'une sucette | <input type="checkbox"/> Taches de salive sur l'oreiller |
| <input type="checkbox"/> Succion de sa lèvre inférieure | <input type="checkbox"/> Bruxisme (grincer des dents la nuit) |
| <input type="checkbox"/> Dort la bouche ouverte | <input type="checkbox"/> Tête en arrière pendant le sommeil |
| <input type="checkbox"/> Ronflements | <input type="checkbox"/> Maux de tête le matin |
| <input type="checkbox"/> Cernes sous les yeux | <input type="checkbox"/> Anorexie au petit déjeuner |
| <input type="checkbox"/> Transpiration nocturne | <input type="checkbox"/> Lèvres gercées |
| <input type="checkbox"/> Réveil difficile le matin | <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes fréquents |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars fréquents | <input type="checkbox"/> Somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> Met la langue en avant lorsqu'il parle ou déglutit | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de concentration à l'école | <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Dort avec un doudou | |

• **Votre enfant est-il allergique ? :**

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Métaux |
| <input type="checkbox"/> Autres..... | |

• **Votre enfant prend-t-il actuellement des médicaments :** oui non

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

.....
.....

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date :

Signature :