QUESTIONNAIRE MÉDICAL ENFANT

Cabinet Dentaire DENT'ALLIANCE

Merci de compléter ce document afin de nous permettre d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée de votre enfant. Toutes les informations communiquées resteront strictement confidentielles.

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de L'enfant	
Prénom	
Date de naissance	
Responsable légal	
Adresse postale	
Téléphone	
Adresse mail	
Médecin traitant / Pédiatre	

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

QUESTION	OUI	NON	Précisions
Maladie particulière	☐	☐	
Traitement médical en cours	☐	☐	
Allergies connues	☐	☐	
Hospitalisation / opération antérieure	☐	☐	
Asthme	☐	☐	
Problèmes cardiaques	☐	☐	
Troubles de la coagulation	☐	☐	
Diabète	☐	☐	
Réaction à une anesthésie	☐	☐	
Vaccinations à jour	☐	☐	

3. HABITUDES ET HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Brossage quotidien	☐ Oui	☐ Non
Nombre de brossages par jour		
Utilisation de fluor	☐ Oui	☐ Non
Consommation boissons sucrées / grignotage	☐ Oui	☐ Non
Sucette / pouce	☐ Oui	☐ Non

4. COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

Date : _____

Signature du responsable légal : _____