

Questionnaire médical

Vos coordonnées

Date du rendez-vous : _____ Date de naissance : _____
Nom de l'enfant : _____ **Prénom de l'enfant** : _____
Sexe : _____ Taille : _____ Poids : _____ Âge : _____
Nom de la mère : _____ # de téléphone : _____
Nom du père : _____ # de téléphone : _____
N° d'ass. maladie : _____ Expiration : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Code postal _____ Courriel : _____

Assurance dentaire

Oui **Non** Possédez-vous une assurance dentaire ?

Nom de la compagnie : _____

Nom du titulaire de la police : _____

Date de naissance : _____

N° du contrat : _____

N° de certificat : _____

Oui **Non** Êtes-vous prestataire du Programme d'aide sociale ?

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire ?

Groupe Pages Jaunes Vitrine de la clinique Affiche, pamphlet

Internet Référé par un patient de la clinique. Nom : _____

De quelle façon désirez-vous que l'on confirme les prochains rendez-vous ?

Courriel Téléphone mère Téléphone père

*Nous vous demandons de nous aviser **48 heures** à l'avance de tout changement de rendez-vous. Ce préavis nous permettra d'offrir votre période de rendez-vous à une autre personne et donnera la possibilité à votre dentiste et à son équipe de réorganiser leur horaire sans être pénalisés par votre absence. Votre collaboration est grandement appréciée.*

Questionnaire médical

L'enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert des problèmes de santé suivants ?

(Cochez les cases qui s'appliquent)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie osseuse |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problème de rein | <input type="checkbox"/> Trauma facial |
| <input type="checkbox"/> Problèmes émotionnels | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> VIH / Sida | <input type="checkbox"/> Otite (si oui combien ?) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer (tumeur maligne ou bénigne) _____ | | |

A-t-il un problème de santé actuellement ? Non Si oui, lequel ? _____

A-t-il des défauts physiques de naissance ? Non Si oui, lequel ? _____

Date du dernier rendez-vous médical chez votre médecin ? _____

L'enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique ?

(Cochez les cases qui s'appliquent)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentaire _____ | <input type="checkbox"/> Anesthésie locale | <input type="checkbox"/> Sulfamides |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique (penicilline, amoxicilline....) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Allergies saisonnière _____ | |
| Souffre-t-il d'eczéma ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Souffre-t-il d'urticaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Médication

L'enfant prend-il des médicaments présentement ? Non Si oui, lequel ? _____

Nom de votre pharmacie : _____ No de téléphone : _____

Liste des médicaments, suppléments ou vitamines pris lors des 2 dernières années.

Médicament/dose : _____

Raison : _____



Questionnaire médical

Aidez-nous à mieux connaître votre enfant

Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui ? _____

Est-ce son premier rendez-vous chez le dentiste ? Non Oui

A quelle fréquence brosse-t-il ses dents ? _____

A-t-il peur du dentiste ? Non Oui

A-t-il peur des traitements ? Non Si oui, lequel ? _____

Semble-t-il respirer par la bouche ? Non Oui

Grince-t-il des dents ? Non Oui

Ronfle-t-il ? Non Oui

A quel âge a-t-il cessé de sucer sa suce ? _____

A-t-il sucé son pouce ? Non Si oui, jusqu'à quel âge ? _____

Semble-t-il avoir des problèmes de prononciation ? Non Oui

A-t-il souvent de la douleur aux oreilles ? Non Oui

A-t-il souvent le rhume ? Non Oui

A-t-il des amygdalites fréquentes ? Non Oui

A-t-il de la difficulté à mastiquer ou avaler ? Non Oui

Souffre-t-il de maux de tête ? Non Oui

A-t-il déjà été traité par un allergiste ou un spécialiste du nez, de la gorge ou des oreilles (ORL) ? Non Si oui, quand ? _____

A-t-il eu l'ablation des amygdales ? Non Oui

A-t-il eu l'ablation des végétations (adénoïdes) ? Non Oui

Autre _____

Signature du parent : _____ Date _____

Signature du dentiste : _____ Date _____