

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF & MÉDICAL

Enfant

À remplir avant le RDV d'empreintes

Pour remplir ce questionnaire, vous pouvez :

- Soit le compléter directement sur votre ordinateur et l'envoyer par mail
- Soit l'imprimer, le compléter à la main et le ramener au cabinet lors du prochain RDV

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Renseignements génériques

Prénom et Nom du patient :

Sexe : M F Date de naissance du patient :

Prénom et Nom du papa ou de la maman :

Adresse du responsable légal et financier (père / mère / les 2) :

CP : _____ Ville :

Tél. : Portable (père) : (mère) :

Email :@.....

Nom de la caisse de sécurité sociale de l'assuré :

N° de sécurité sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ? Non Oui Si oui, ACS Social A B C

Bénéficiaire de la CMU ? Non Oui Bénéficiaire de la MGEN ? Oui Non

Qui vous a conseillé le cabinet ? Dentiste Parent Ami Médecin traitant Internet
 Autre :

Renseignements médicaux

Médecin traitant : Ville :

Est-ce que votre enfant prend ou a pris un traitement médicamenteux au cours des 6 derniers mois ?
 Non Oui, précisez :

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ? Non Oui, précisez :

Votre enfant a-t-il été opéré ? Des amygdales Des végétations De paracenthèse
 Autre(s) :

Votre enfant a-t-il subi ? Un traumatisme facial Un traumatisme dentaire

Votre enfant a-t-il des problèmes ORL (sinusite, angine, otite, rhumes, difficultés respiratoires, ronflements) ?
 Non Oui, précisez :

Votre enfant a-t-il des troubles alimentaires ? Non Oui, précisez :

Votre enfant a-t-il des problèmes de dos (scoliose, lordose) ? Non Oui, précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies connues ?

Latex Non Oui
Anti-inflammatoire : Non Oui, précisez :
Antibiotique : Non Oui, précisez :
Médicaments : Non Oui, précisez :
Aliments : Non Oui, précisez :
Autre(s) :

Codéine : Non Oui
Pollen : Non Oui
Résine : Non Oui
Métaux : Non Oui

Questionnaire dentaire

Dentiste traitant : Ville :

Dernière visite chez votre dentiste : Moins de 6 mois
 Entre 6 et 12 mois
 Plus de 12 mois

Les dents de sagesse de votre enfant ont-elles été extraites ?

Non Oui

Les gencives de votre enfant saignent-elles fréquemment ?

Non Oui

Votre enfant a-t-il déjà fait une radio dentaire ?

Non Oui

Merci de ramener la dernière radio effectuée, dans la mesure du possible

A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ? Non Oui

Précisez le nom de l'orthodontiste : Ville :

Les parents ont-ils déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Mère : Non Oui Père : Non Oui

Fait à Cambrai, le

Je, soussigné(e),
représentant légal de,
atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé, des prescriptions médicales et/ou de mes coordonnées, je m'engage à informer le cabinet du docteur Bodart.

Signature des parents
ou du tuteur légal

18 bis rue de Péronne, 59 400 CAMBRAI

Docteur Christophe BODART

C.E.C.S.M.O. - Spécialiste qualifié en orthopédie-dento-faciale

Tél : 03.27.83.14.48.

Mail : docteurbodart@wanadoo.fr