



NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM : .....

## DOSSIER MEDICAL

Chers parents, les informations suivantes vont nous permettre de connaître au mieux votre enfant afin d'adapter notre prise en charge à ses besoins médicaux spécifiques et à sa personnalité. Nous vous remercions pour la précision de vos réponses.

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom du père :

Nom de la mère :

Avec qui l'enfant vit-il ? : .....

Nombre et âge des frères et sœurs : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone professionnel : .....

Téléphone portable mère : .....

Téléphone portable père : .....

Adresse mail des parents : .....

Nom du pédiatre/médecin de famille : .....

Adresse : ..... Tel : .....

Qui vous a adressé au cabinet ?.....

Quel est le motif de votre consultation ?.....

### INFORMATIONS PERI-NATALES

Pathologies/traitements pendant la grossesse ?.....

Complications après la naissance ?.....

### ANTECEDENTS MEDICAUX

Troubles ou malformation cardiaques  non  oui Précisez : .....

Trouble ou reflux gastrique   non  oui Précisez :

Trouble hépatique  non  oui Précisez : .....

Trouble rénal   non  oui Précisez :

Diabète  non  oui Précisez : .....

Asthme  non  oui Précisez : .....

Epilepsie  non  oui Précisez : .....

Infections ORL à répétition   non  oui Précisez :

Allergie alimentaire/médicamenteuse  non  oui Précisez : .....

Autres  non  oui Précisez : .....

Prend-il des médicaments (y compris homéopathie) ?.....

A-t-il déjà été hospitalisé ? Précisez quand et pourquoi : .....

Présente-t-il un handicap physique ou mental ?.....

**A PROPOS DES DENTS**

Est-ce sa première visite chez le dentiste ? .....

A-t-il déjà eu une anesthésie locale ? .....

Lui a-t-on prescrit des anxiolytiques avant des soins dentaires ? (Atarax)

A-t-il mal aux dents ? ..... A-t-il mal aux gencives ?

.....

Quand se brosse-t-il les dents ? .....

**PERSONNALITE**

Craint-il les soins médicaux en général ?

Quelles sont ses activités

préférées ?.....

Y a-t-il un élément important que vous désirez nous préciser à son sujet ?

.....

.....

.....

.....

.....

Sauf urgence, nous ne soignons pas lors de la première visite. Cette séance comprend un examen clinique et, si nécessaire radiologique pour pouvoir établir un plan de traitement. C'est aussi l'occasion pour nous de faire connaissance avec votre enfant. Une partie de cette séance est hors-nomenclature.

**AUTORISATION DE SOINS SUR MINEURS**

Je soussigné(e) ..... autorise les Drs CHERFANE et DEMEL à réaliser auprès de mon enfant un examen clinique et radiographique, suivis après en avoir été clairement informé(e), d'une anesthésie locale et de tout traitement dentaire jugé nécessaire et approprié. A des fins de suivi et d'archivage, de recherche et d'enseignement, des photographies peuvent être réalisées dans le respect du secret médical.

Date :.....

Signature :