



HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE **Enfant** (Document confidentiel)

Nom de l'enfant Prénom

n° Sécurité Sociale Date de naissance/...../.....

Adresse

Ville Code postal

Tél

Nom des parents (ou tuteur légal)

Profession père Profession mère

HISTORIQUE MÉDICAL

Nom du médecin traitant de l'enfant

Lieu d'exercice

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

Problème de saignements ?

Oui Non

Est-il allergique à certains produits et médicaments ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

Autres remarques concernant la santé de votre enfant :

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte son dernier rendez-vous chez le dentiste ?

Quel est le motif de la consultation d'aujourd'hui ?

.....

Est-ce que votre enfant a eu une mauvaise expérience chez le dentiste ?

Oui Non

Si oui, précisez (douleur, suites opératoires difficiles, peur, etc...)

.....

Est-il anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout / un peu / moyennement / beaucoup

Merci de votre collaboration

J'atteste de l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis.

Je signalerai immédiatement toute modification concernant l'état de santé de l'enfant et de ses prescriptions médicales.

Fait à PIREY, le/...../20.....

Signature des parents (ou tuteur légal)