

FICHE D'IDENTIFICATION DU PATIENT (ENFANT)

Date : _____

Nom de votre dentiste : _____ **Référent :** _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ **Âge :** _____ **Sexe : () M () F**
jour/mois/année

Nom de la mère : _____

Adresse de la mère : _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

Téléphone à la maison : () _____ - _____

Téléphone cellulaire : () _____ - _____

Téléphone au travail : () _____ - _____ **Poste :** _____

Adresse courriel : _____

Nom du père : _____

Adresse du père : _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

Téléphone à la maison : () _____ - _____

Téléphone cellulaire : () _____ - _____

Téléphone au travail : () _____ - _____ **Poste :** _____

Adresse courriel : _____

Personne responsable des honoraires : _____

Participez-vous à un plan d'assurance couvrant l'orthodontie? _____

FICHE MÉDICALE ET DENTAIRE (ENFANT)

HISTOIRE DENTAIRE :

Dernière visite chez votre dentiste : () 0-6 mois () 6-12 mois () + de 12 mois

Raison pour la consultation en orthodontie : _____

L'enfant a-t-il eu une consultation en orthodontie? () oui () non

Si oui, a-t-il eu un traitement? () oui () non

L'enfant est-il craintif face aux visites chez le dentiste? () oui () non

L'enfant a-t-il eu un accident à la tête ou au cou? () oui () non

L'enfant a-t-il eu un traumatisme dentaire? () oui () non

L'enfant a-t-il eu des extractions? () oui () non

L'enfant respire-t-il par la bouche? () oui () non

L'enfant a-t-il des problèmes d'élocution? () oui () non

L'enfant joue-t-il un instrument de musique? () oui, lequel _____ () non

Sentez-vous que votre enfant est prêt pour un traitement d'orthodontie? () oui () non

HISTOIRE MÉDICALE :

Nom et téléphone de votre médecin de famille : _____

Date du dernier examen médical pour l'enfant : _____

L'enfant prend-t-il des médicaments? () oui, lesquels? _____ () non

À quel âge votre fille a-t-elle eu ses menstruations? _____

À quel âge est-ce que la voix de votre fils a commencé à muer? _____

Est-ce que l'enfant souffre ou a souffert de ...?

Troubles cardiaques () Fièvre rhumatismale () Endocardite () Anémie ()

Saignements prolongés () Rhumes fréquents ou sinusite () Asthme ()

Tuberculose ou problèmes pulmonaires () Ablation des amygdales ou des adénoïdes ()

Virus HIV () Problèmes d'ordre émotionnel () Troubles digestifs ()

Problèmes du foie () Troubles rénaux () Diabète () Troubles thyroïdiens ()

Épilepsie () Maladies de la peau () Problèmes oculaires ()

Maux de tête fréquents () Évanouissements () Maux d'oreilles ()

Rhume des foins () Toux persistante () Mononucléose () Cancer ()

Problèmes d'ossature () Troubles nerveux () Problèmes endocriniens ()

Allergies : nourriture _____ médicaments _____ latex : oui () non ()

Signature parent : _____ Date : _____