

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Assuré principal \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Potable \_\_\_\_\_

Caisse de maladie et matricule \_\_\_\_\_

Tuteur légal :  père  mère  \_\_\_\_\_

Pédiatre \_\_\_\_\_ Dentiste \_\_\_\_\_

Cause de la consultation

contrôle  mal  accident  \_\_\_\_\_

Quand était la dernière visite chez le dentiste ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t'il déjà eu mal aux dents ?  oui  non

Est-ce que votre enfant a eu un accident dans la région maxillo-faciale ?  oui  non

Votre enfant a-t'il des allergies ou intolérances ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant souffre d'une des maladies suivantes ?

Épilepsie  Asthme  Maladies du sang  
 Maladie cardiovasculaire  Infection VIH  Maladie du foie/hépatite  
 Maladies rénales  Diabète  \_\_\_\_\_

Existe-t-il des retards de développement ? Quels sont les ? \_\_\_\_\_

Qui est-ce qui nettoie les dents de l'enfant ?  parents  enfant

Combien de fois est-ce que les dents sont nettoyées ?  de temps en temps  1 /jour  2-3/jour.

Avec quoi est-ce que les dents sont nettoyées ?  Brosse à d. manuelle  brosse à d. électrique

Quel type de dentifrice est utilisé ?  < 6 ans  >6 ans  sans fluor

Enfants à partir de 6 ans : Est-ce que Elmex Gelee est utilisé ?  oui  non  \_\_\_\_\_

Donnez-vous des comprimés fluorés ?  oui  non  \_\_\_\_\_

Prenez-vous du sel fluoré ?  oui  non  \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a les habitudes suivantes ?  Sucette  suce son pouce

Qu'est-ce que votre enfant boit ? De quel récipient biberon ou verre ?  
\_\_\_\_\_

Qu'est-ce qu'il reçoit la nuit après le nettoyage ? \_\_\_\_\_

Je m'engage à respecter les rendez-vous convenus ou à les annuler au moins 24 heures avant la date fixée. J'ai pris connaissance que les rendez-vous qui n'ont pas été annulés à temps seront facturés.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du tuteur légal