

Formulaire à remplir pour la 1ère consultation en orthodontie

– ENFANT de moins de 16 ans –

Motif de votre consultation

1. Nom _____ 2. Prénom _____ 3. Date de naissance _____

4. Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

5. Adresse _____

6. Téléphone portable et mail : père: _____

mère: _____

7. Profession du père _____ Profession de la mère _____

8. Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ? ☐ oui ☐ non

9. Établissement scolaire et classe _____

10. Avez-vous une mutuelle ? ☐ oui ☐ non Nom de la mutuelle : _____

11. Nom du médecin traitant _____

12. Nom du dentiste traitant _____

13. Votre enfant a-t-il déjà consulté en orthodontie ? ☐ oui ☐ non

si oui, a-t-il eu un traitement antérieur ? ☐ oui ☐ non

14. Votre enfant a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ☐ oui ☐ non

si oui la (les) quelle(s) : _____

15. A-t-il déjà consulté un orthophoniste ? ☐ oui ☐ non

Si oui quel est son nom ? _____

16 . Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté ?

☐ une pathologie chronique ou une affection de longue durée

☐ une maladie héréditaire

☐ des troubles de croissance

précisez : _____

17 . Quelle est la fréquence du brossage dentaire par jour ?

☐ 1 fois

☐ 2 fois

☐ 3 fois

☐ jamais

18. Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé ?

☐ 1 tétine

☐ 1 doigt

19. Date des 1ères règles : _____

20. Votre enfant présente-t-il des troubles d'onychophagie (se ronge t-il les ongles) ?

☐ oui

☐ non

21. Votre enfant présente-t-il des douleurs et/ou craquements à l'ouverture buccale ?

☐ oui

☐ non

si oui précisez : _____

22. Votre enfant présente-t-il des :

☐ troubles posturaux (scoliose)

☐ rhumatisme articulaire aigu

☐ troubles de la coagulation

☐ troubles alimentaires

☐ maladie virale

☐ pathologies cardiaques

☐ pathologies rénales

☐ troubles ostéoarticulaires

☐ troubles neurologiques

☐ troubles hormonaux

☐ diabète

☐ pathologie pulmonaire

☐ asthme ☐ autres troubles : précisez : _____

23. Votre enfant présente-t-il des allergies ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

24. Votre enfant présente-t-il des problèmes ORL ?

☐ oui

☐ non

si oui, type de problèmes ORL ?

☐ rhumes ☐ sinusites ☐ otites ☐ autre précisez : _____

25. Votre enfant a-t-il ?

☐ des nuits agitées ☐ l'oreiller mouillé le matin l

☐ a bouche ouverte quand il dort

☐ besoin de se lever la nuit pour aller aux toilettes

☐ besoin de se lever pour boire la nuit

26. Votre enfant a-t-il été opéré ?

☐ des amygdales

☐ des végétations

☐ Autre : _____

27. Votre enfant a-t-il eu un traumatisme facial ?

☐ oui ☐ non si oui quand ? _____

28. Votre enfant a-t-il eu un traumatisme dentaire ?

☐ oui ☐ non si oui quand ? _____

29. Votre enfant prend-t-il des médicaments ?

☐ oui

☐ non

si oui lesquels ? _____

depuis combien de temps ? _____

Avez-vous tout autre type de problème à nous signaler ?

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant l'état de santé et les prescriptions médicales de mon enfant.

☐ En cochant cette case j'accepte de transmettre mes données personnelles (et celles de mon enfant) au Dr Baron dans le cadre de ma relation médicale.

Date du jour

Signature