

CONSEILS POUR UNE CONSULTATION SANS PLEURS

L'attitude de la famille vis-à-vis des soins dentaires peut être déterminante, notamment au moment des premiers examens dentaires d'un enfant. Si les parents sont négatifs et manifestent ouvertement leurs craintes, l'enfant aura également peur. En revanche, si leur attitude est positive et que l'expérience se révèle anodine, l'enfant aura vite oublié ses craintes dues principalement à la nouveauté et à l'inconnu.

Notre expérience nous a montré que les conseils suivants entraînent un meilleur déroulement des soins tout en familiarisant les enfants de façon positive avec le Cabinet Dentaire :

- ① Avant la consultation, rassurez votre enfant. Evitez de lui transmettre vos éventuelles angoisses.
- ② Informez votre enfant de l'intérêt d'un acte médical. Donnez aux plus grands une information simple sur le traitement.
- ③ Notre cabinet dispose de toute une panoplie d'anesthésiants et d'analgésiques pour prévenir la douleur. Evitez toutefois de parler de douleur, de pique ou tout autre terme stressant pour un enfant.
- ④ Pour le bon déroulement des traitements, nous avons pu constater qu'il était préférable de recevoir chaque enfant seul en salle de soins. Un compte rendu vous sera fait par le Praticien en fin de séance.
- ⑤ Valorisez le courage de votre enfant lors de l'examen une fois de retour à la maison.

Merci de votre collaboration.

Dr Florence SAINT-AMAND et son Equipe.

CABINET DENTAIRE HOSSEGOR

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

Quel est le motif de consultation de votre enfant ? :

- | | OUI | NON | JE NE SAIS PAS |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Votre enfant est-il sous surveillance médicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ?
<u>Si OUI, Détaillez:</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Votre enfant prend-il des médicaments ?
<u>Lesquels :</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Votre enfant présente-t-il un souffle au coeur? Problème cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Une opération est-elle envisagée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Votre enfant fait-il des hémorragies ou des saignements répétés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A-t-il déjà eu une Hépatite ? VIH / SIDA? Herpes ? Tuberculose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Est-il allergique à un médicament ou autre? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ?
<u>Si NON, Date de la dernière visite:</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Est-ce que votre enfant mange entre les repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Est-ce que votre enfant mange des sucreries? des sodas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Se brosse-t-il les dents tout seul ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Le brossage est-il régulier ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Votre enfant suce-t-il le pouce ? La tétine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. A-t-il déjà eu des difficultés chez le dentiste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie? Un appareil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un appareil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. S'est-il déjà cassé une(plusieurs?) dent? Fait une chute sur les dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Votre enfant reçoit-il du fluor?
<u>Si Oui, sous quelle forme?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Par l'eau du robinet | | <input type="checkbox"/> Par des gouttes ou des pastilles de fluor | |
| <input type="checkbox"/> Par de l'eau en bouteille | | <input type="checkbox"/> Par un dentifrice, un gel, ou un rinçage | |
| 30. <u>Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Brosse à dent: ELECTRIQUE, MANUELLE (Dure / Moyenne/ Souple)

37. Brossage: MATIN MIDI SOIR

Le nom de son médecin traitant: _____

Hossegor, le

Signature :

Ce questionnaire est strictement confidentiel et couvert par le secret médical.
Ce questionnaire permet à votre praticien de connaître votre état de santé et vos traitements afin de prendre les décisions thérapeutiques les mieux adaptées à votre cas.

Prenez le temps de le compléter soigneusement.