

Nom du Patient

Prénom du Patient

Né(e) le	Âge	Taille	Poids	Sexe	☐ F ☐ M
Adresse					
App.		Ville	Code Postal		
Nom et prénom du père		Profession	Tél. Au travail Tél. résidence Cellulaire.		
Nom et prénom de la mère		Profession	Tél. Au travail Tél. résidence Cellulaire.		
École			Année		
Langue parlée de votre enfant			Nombre d'enfant dans la famille		
No. de la carte d'assurance maladie		Nom de la compagnie d'assurance (s'il y a lieu)			
Date d'expiration					
Courriel					

SANTÉ DE L'ENFANT

Nom du médecin: _____ Adresse: _____ Tél.: _____

Date du dernier examen médical: _____

Est-il(elle) suivi(e) présentement par son médecin? ☐ Oui* ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer la raison: _____

Prend-il(elle) des médicaments ? ☐ Oui* ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer lesquels: _____

A-t-il(elle) déjà été hospitalisé?

☐ Oui* ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer la raison: _____

ALLERGIES

Pénicilline

☐ Oui ☐ Non

Aspirine

☐ Oui ☐ Non

Iode

☐ Oui ☐ Non

Pollen ou poussière

☐ Oui ☐ Non

Anesthésie locale

☐ Oui ☐ Non

Autre: _____

Vous a-t-on signalé la presence d’un de ces problèmes:

Troubles du spectre de l'autisme	☐ Yes	☐ No	Problèmes oculaires (yeux)	☐ Yes	☐ No
Troubles cardiaques	☐ Yes	☐ No	Examens sanguins anormaux	☐ Yes	☐ No
Fièvre rhumatismale	☐ Yes	☐ No	Troubles thyroïdiens	☐ Yes	☐ No
Sinusite	☐ Yes	☐ No	Handicap physique	☐ Yes	☐ No
Troubles rénaux	☐ Yes	☐ No	Saignement prolongé	☐ Yes	☐ No
Troubles digestifs	☐ Yes	☐ No	Diabète	☐ Yes	☐ No
Asthme et/ou problème pulmonaire	☐ Yes	☐ No	Hyperactivité ou déficit d'attention	☐ Yes	☐ No
Problèmes hormonaux et glandulaires	☐ Yes	☐ No	Problèmes de foie (Hépatite, cirrhos, etc..)	☐ Yes	☐ No
Anémie	☐ Yes	☐ No	Troubles d'apprentissage	☐ Yes	☐ No
Déficiência intellectuelle	☐ Yes	☐ No	Paralysie cérébrale	☐ Yes	☐ No
Immuno déficience	☐ Yes	☐ No	Tumeur	☐ Yes	☐ No
Hyperthermie maligne	☐ Yes	☐ No	Autre :		

HISTOIRE DENTAIRE

Première visite chez le dentist : ☐ Oui ☐ Non Nom du dentiste précédent : _____

Date du dernier rendez-vous: _____ Traitement reçu à ce moment: _____

Référé(e) par: _____

Raison de consultation:

Blessures (bouche,tête, cou)	☐ Yes	☐ No	Extraction dentaire	☐ Yes	☐ No
Traumatisme dentaire	☐ Yes	☐ No	Suce son pouce	☐ Yes	☐ No
Mauvaise experience chez un dentiste	☐ Yes	☐ No	Pour Enfant en bas âge		
Respire par la bouche	☐ Yes	☐ No	Allaité(e)	☐ Yes	☐ No
Problème de parole	☐ Yes	☐ No	Biberon de lait	☐ Yes	☐ No
Brosse ses dents tous les jours	☐ Yes	☐ No	Biberon de jus	☐ Yes	☐ No
Avec ou sans aide					
Prend du fluo	☐ Yes	☐ No	Suce	☐ Yes	☐ No
			Verre à bec	☐ Yes	☐ No

Je déclare avoir lu, compris, m’être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-haut au meilleur de ma connaissance. Veuillez nous aviser 24 heures à l’avance s’il vous est impossible de présenter à votre rendez-vous. À défaut de quoi, nous nous verrions dans l’obligation de vous réclamer des frais (10\$/10 minutes)

Signature du responsable de l’enfant: _____ **Date:** _____