



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL :

Votre enfant est-il en bonne santé ?  oui  non

Votre enfant suit-il un traitement médical actuellement ?  oui  non

Si oui, pour quelles raisons ?

Nom des médicaments :

Nom du médecin traitant :

Adresse et coordonnées médecin traitant :

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de croissance ?  oui  non

Quel est son poids :

Quelle est sa taille :

Taille de la mère :

Taille du père :

Pour les demoiselles, les premières règles sont-elles apparues ?  oui  non

Si oui, à quel âge ?

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu une ou plusieurs de ces maladies :

- Troubles cardiaques
- HIV/SIDA
- Diabète
- Tuberculose
- Hépatite
- Epilepsie
- Infection Rénale
- Hémophilie
- Tension artérielle
- Anémie
- Ulcère d'estomac (ou gastrite)
- Asthme
- Autres :**
- Allergies (si oui, précisez)

Est-il/elle allergique à certains médicaments ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

Est-il/elle allergique au latex ?  oui  non

Est-il/elle allergique à certains métaux ?  oui  non

Si oui, le(s) quel(s) ?

## QUESTIONNAIRE DENTAIRE :

**Nom et adresse du Dentiste de l'enfant (ou de famille):**

**Date de la dernière visite chez le dentiste :**

Le dentiste vous a-t-il conseillé de consulter en orthodontie :  oui  non

Votre enfant a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ?  oui  non

Si oui, durée et type de traitement ?

**Nombre de semestres utilisés :**

Avez-vous dans votre famille des antécédents de traitements orthodontiques ?  oui  non

Précisez :

Votre enfant a-t-il eu un choc récent ou ancien au niveau des dents ?  oui  non

Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé?  pouce  doigt  tétine  autre  
si oui, est-ce terminé  oui, à quel âge ?  non

Votre enfant a-t-il eu de l'orthophonie?  oui  non  
si oui, pourquoi et en quelle classe :

Votre enfant respire-t-il surtout par  la bouche  le nez  les 2

Votre enfant ronfle-t-il ?  oui  non

Votre enfant a-t-il souvent le nez bouché  oui  non

Votre enfant a-t-il eu des problèmes ORL?  oui  non  
Si oui lesquels :

Nom/adresse de l'ORL :

A-t-il été opéré des végétations et/ou amygdales :  oui  non

**Date :**

**Signature parent :**