

QUESTIONNAIRE ENFANT

La connaissance précise du passé médical ainsi que les habitudes du patient nous sont indispensables pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Sexe : F M

Nom, prénom, profession des parents, situation familiale (séparés, garde alternée, parent décédé ...) :

Mère :

Père :

Qui est l'assuré : N° SS de l'assuré :

N° tél. domicile + N° tél. portable ou N° tél. travail (le plus facile pour vous joindre).....

Adresse e-mail :

Nom de votre caisse d'assurance maladie :

Nom de votre mutuelle ou CMU (si CMU venir avec l'attestation) :

Nom du médecin traitant :

Nom du dentiste traitant : Date de la dernière visite :

Qui vous a conseillé l'orthodontie et motif de votre consultation :

Votre enfant a t'il déjà porté un appareil d'orthodontie ? Date Nom du praticien :

Poids : Taille : Surpoids Retard de croissance Prématuré

Date des premières règles : (pour situer la jeune fille sur sa courbe de croissance)

A t'il ou a t'il eut une rééducation orthophonique ? Date Nom du praticien :

Succion : pouce tétine doigt doudou tête sa langue autre

Importante, même à l'école devant les copains De moins en moins importante

A la maison quand il est fatigué Arrêtée, depuis quel âge

Pour s'endormir

Le patient a t'il des résorptions radiculaires ? oui non

Il y a t'il des cas de résorptions radiculaires dans la famille ? oui non

Le patient est-il allergique :

Est-il traité pour ses allergies :

Ponctuellement

Traitement ponctuel pour traiter les crises

A quoi :

Assez souvent

Pollens

En permanence

Traitement de fond

Acariens

Désensibilisation en cours

Autres

Le patient est-il asthmatique :

Est-il traité pour son asthme :

Ponctuellement

Traitement ponctuel pour traiter les crises

Assez souvent

Traitement de fond

En permanence

Le patient est-il régulièrement sujet aux problèmes ORL :

Rhumes Sinusites Angines Otites Bronchites chroniques

A t'il ou a t'il eu une rééducation respiratoire ? Date : Nom du praticien :

A t'il déjà consulté un ORL ? Date : Nom du praticien :

Le patient a t'il été opéré :

Amygdales Paracentèse
Végétations Autres qu'ORL

Le patient a t'il subi :

Un traumatisme facial
Un traumatisme dentaire

Comportement habituel du patient en journée: (si vous observez ces symptômes quand votre enfant est enrhumé ou fatigué, ne pas en tenir compte, sauf s'il est constamment enrhumé ou fatigué)

Respire par la bouche <input type="checkbox"/>	Fatigué le matin <input type="checkbox"/>	Anxieux, stresse facilement <input type="checkbox"/>	Douleurs à l'ouverture des mâchoires <input type="checkbox"/>
Hyperactif <input type="checkbox"/>	Siestes régulières <input type="checkbox"/>	Mauvaise posture <input type="checkbox"/>	Raclément de la gorge <input type="checkbox"/>
Troubles de l'attention en classe <input type="checkbox"/>	Migraine le matin <input type="checkbox"/>	Lèvres sèches <input type="checkbox"/>	Nombre de brossages par jour :
Somnolence <input type="checkbox"/>	Troubles de l'attention <input type="checkbox"/>	Renifle souvent <input type="checkbox"/>	
Mange avec lenteur <input type="checkbox"/>	Retard scolaire <input type="checkbox"/>	Eternuements <input type="checkbox"/>	
Pas faim le matin <input type="checkbox"/>	Claquements des mâchoires <input type="checkbox"/>	Ronge ses ongles <input type="checkbox"/>	

Sommeil habituel du patient : (en dehors des rhumes et de la fatigue sauf si c'est habituel)

** pour répondre à ces questions, regarder votre enfant pendant son sommeil, particulièrement en 2^{ème} partie de nuit (quand vous vous levez avant lui par exemple)*

Le patient dort-il bien ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Durée du sommeil :		
Respire par la bouche <input type="checkbox"/>	Se relève la nuit pour faire pipi : => 1fois/nuit <input type="checkbox"/> => plusieurs fois/nuit <input type="checkbox"/>	Grince des dents <input type="checkbox"/>	Tête en hyper-extension <input type="checkbox"/>
Ronflements <input type="checkbox"/>		Somnambulisme <input type="checkbox"/>	Traces de salive <input type="checkbox"/>
Se lève pour boire <input type="checkbox"/>		Parle en dormant <input type="checkbox"/>	Toujours cerné <input type="checkbox"/>
Cauchemars <input type="checkbox"/>	Apnées du sommeil <input type="checkbox"/>	Position anormale pendant le sommeil <input type="checkbox"/>	Jambes douloureuses au lever <input type="checkbox"/>
Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/>	Parent apnéique <input type="checkbox"/>		
Pipi au lit <input type="checkbox"/>	Réveil difficile <input type="checkbox"/>		

Le patient présente-t-il ou a t'il présenté une de ces pathologies:

<input type="checkbox"/> Pathologie chronique ou affection de longue durée	<input type="checkbox"/> Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Maladies héréditaires	<input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/> Maladies virales
<input type="checkbox"/> Troubles de la croissance	<input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque	<input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Pathologie rénale	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Troubles ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> Drépanocytose
<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Troubles hormonaux	
	<input type="checkbox"/> Troubles alimentaires	

Pouvez-vous préciser si besoin :

Le patient prend t'il actuellement des médicaments

Avez-vous d'autres problèmes de santé à nous signaler

Je soussigné Mme, Mr, responsable légal de

déclare la véracité des informations ci-dessus et m'engage à informer le cabinet de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date : Signature :