

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 vous êtes négatif ou manifestez ouvertement vos craintes, votre enfant aura également peur.

En revanche, si votre attitude est positive et que l'expérience se révèle anodine, votre enfant aura vite oublié ses craintes dues principalement à la nouveauté et à l'inconnu.

Nous vous proposons ces quelques conseils pour un meilleur déroulement des soins tout en familiarisant votre enfant de façon positive avec le Cabinet Dentaire :

- Avant la consultation, rassurez votre enfant. Evitez de lui transmettre vos éventuelles angoisses et d'employer des termes tels que : peur, mal, pique, arracher...Le praticien utilisera un langage approprié à votre enfant.

- Informez votre enfant de l'intérêt d'un acte médical.

- 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.

- Valorisez le courage de votre enfant lors de l'examen une fois de retour à la maison.

Merci de votre collaboration.

Docteur LALEVEE et son Equipe.

HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom du patient :Prénoms :

Date de naissance : /..... /.....

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Adresse :

Téléphone (s) :

E-mail :

NOUS VOUS RAPPELONS QUE TOUT RENDEZ-VOUS NON HONORE NE SERA PAS REDONNE ET ENTRAINERA LA RUPTURE DEFINITIVE DES SOINS AVEC LE DOCTEUR LALEVEE

HISTORIQUE MEDICAL

1- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? OUI NON
Si oui, lesquels ?

2- Votre enfant est-il sous surveillance médicale ? OUI NON
Si oui, depuis quand et pourquoi ?

3- Nom du médecin traitant:Tél : ... / ... / ... / ... / ...

4- Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON
Si oui, le(s)quel(s) ?

5- Votre enfant est-il allergique (produits, médicaments, autres) ? OUI NON
Si oui, lesquels ?

6- Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ? OUI NON
Si oui, le(s)quel(s) ?

7- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI NON
Si oui, de quoi/en quelle année ? Sous anesthésie générale ?
.....

8- Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? OUI NON

9- Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? OUI NON

10- Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ? OUI NON

11- Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? OUI NON
 Dépression Crise de nerfs Vertiges Problèmes d'apprentissage

12- Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? OUI NON
(Hémorragies-saignements répétés)
Si oui, le(s) quel(s) ?

13- Votre enfant exerce-t-il un sport en club ? OUI NON
Si oui, lequel ?

TSVP->

HISTORIQUE DENTAIRE

- 1- Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? OUI NON
Si non, à quand remonte la dernière visite ?.....
Si oui, passez à la question n°6
- 2- Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? OUI NON
- 3- Est-ce que des caries ont déjà été diagnostiquées dans le passé ? OUI NON
- 4- Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale dentaire ? OUI NON
- 5- Lui a-t-on déjà extrait une dent (de lait ou définitive) ? OUI NON
- 6- Est-ce que votre enfant mange des sucreries, bonbons, gâteaux, sodas en dehors des repas ou du goûter ? OUI NON
- 7- Que boit-il à table (eau robinet/minérale/sodas/sirop) ?
- 8- Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? OUI NON
Si oui, comment ?
- 9- Prise d'une tétine : jamais encore terminée => précisez l'âge
- 10- Succion du pouce : jamais encore terminée => précisez l'âge
- 11- Votre enfant se brosse-t-il les dents ?
 Matin et soir ? Matin ? Midi ? Soir ? Irrégulièrement ?
- 12- Prise du biberon ? OUI NON
Jusqu'à quel âge ?
- 13- Constatez-vous que votre enfant respire plutôt par la bouche ? OUI NON
- 14- Votre enfant ronfle-t-il ?..... OUI NON
- 15- Votre enfant a-t-il déjà eu une résine de protection des dents ? OUI NON
- 16- Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? OUI NON
Si OUI, QUOI ?

Qu'attendez-vous du Dr Lalevée pour votre enfant ?.....
.....
.....

*J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et de ses prescriptions médicales. **Merci pour votre collaboration.***

Fait à Cergy, le /..... /2016

Signature des parents (ou du tuteur légal) :