



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 entraînaient un meilleur déroulement des soins tout en familiarisant les enfants de façon positive avec le Cabinet Dentaire :

- ❶ Avant la consultation, rassurez votre enfant. Evitez de lui transmettre vos éventuelles angoisses.
- ❷ Informez votre enfant de l'intérêt d'un acte médical. Donnez aux plus grands une information simple sur le traitement.
- ❸ Notre cabinet dispose de toute une panoplie d'anesthésiants et d'analgésiques pour prévenir la douleur.
- ❹ 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.
- ❺ Valorisez le courage de votre enfant lors de l'examen une fois de retour à la maison.

Merci de votre collaboration.

Docteur CAULET et son Equipe.



HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom du patient :Prénoms :

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

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Adresse :

Téléphone : .. / .. / .. / .. / .. Mail :.....

HISTORIQUE MEDICAL



1- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? ☐ OUI ☐ NON

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

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

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

5- Votre enfant est-il allergique à la pénicilline,
antibiotiques, ou autres médicaments ? ☐ OUI ☐ NON

6- Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, lesquelles ?.....

7- Votre enfant a-t-il eu une maladie grave ? ☐ OUI ☐ NON
Quand ?
Quoi ?

8- Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? ☐ OUI ☐ NON

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

10- Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? ☐ OUI ☐ NON

11- Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés (du nez ou
autres) ? ☐ OUI ☐ NON

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

13- Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? ☐ OUI ☐ NON
☐ Dépression ☐ Crises de nerfs ☐ Vertiges ☐ Problèmes d'apprentissage

14- Votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? ☐ OUI ☐ NON

15- Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, le(s)quel(s) ?
.....

HISTORIQUE DENTAIRE



- 1- Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ? ☐ OUI ☐ NON
- 2- Sinon, à quand remonte la dernière visite ?
- 3- Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ? ☐ OUI ☐ NON
- 4- Est-ce que votre enfant mange entre les repas ? ☐ OUI ☐ NON
- 5- Est-ce que votre enfant mange des sucreries comme des bonbons, des sodas ? ☐ OUI ☐ NON
- 6- Quand votre enfant se lave-t-il (ou elle) les dents ?
☐ Quoi qu'il ait mangé
☐ Après chaque repas
☐ Avant d'aller se coucher
☐ Très irrégulièrement
- 7- Votre enfant reçoit-il du fluor ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, comment ?
☐ Par l'eau du robinet
☐ Par de l'eau en bouteille
☐ Par des gouttes ou des pastilles de fluor
☐ Par un dentifrice, un gel, ou un rinçage
- 8- Votre enfant a-t-il eu ou a toujours l'une des habitudes suivantes :
☐ Succion du pouce/ tétine ☐ Se ronger les ongles ☐ Mâcher un crayon, un stylo...
☐ Se mordre la langue, la lèvre ou la joue ☐ Jouer d'un instrument musical à vent
☐ Croquer des cacahuètes ou des glaçons ☐ Autres :
- 9- Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ? ☐ OUI ☐ NON
- 10- Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ? ☐ OUI ☐ NON
A-t-il déjà eu un appareil ? ☐ OUI ☐ NON
- 11- Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, comment :
- 12- A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ? ☐ OUI ☐ NON
- 13- Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? ☐ OUI ☐ NON
- 14- Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ? ☐ OUI ☐ NON
- 15- Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? ☐ OUI ☐ NON
- 16- Votre enfant a-t-il déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ? ☐ OUI ☐ NON
- 17- Est-ce que **votre enfant** pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? ☐ OUI ☐ NON

Merci de votre collaboration.

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.

Signature des parents (ou du tuteur légal) :

Fait à Date : .../.../...