

Formulaire de Consultation Dentaire Pédiatrique

avec le Dr Camille LAULAN

Le formulaire de consultation dentaire pédiatrique est un **document essentiel** pour vous professionnels de la santé bucco-dentaire afin **de recueillir des informations détaillées sur l'état de santé**, les habitudes et les antécédents médicaux et dentaires d'un enfant. Il permet de **comprendre le contexte de santé général** de l'enfant et de **planifier des soins dentaires** sûrs et efficaces.

Les intérêts pour l'enfant et les parents/tuteurs légaux :

1

Personnalisation des Soins :

Les informations recueillies permettent au dentiste de personnaliser les soins en fonction des besoins et des conditions médicales de l'enfant.

Prévention et Détection Précoce :

En connaissant les habitudes alimentaires et d'hygiène buccale de l'enfant, le dentiste peut fournir des conseils et des interventions précoces pour prévenir les caries et autres problèmes.

2

3

Communication Efficace :

Le formulaire aide à établir une communication ouverte entre le dentiste, l'enfant et les parents. Cela favorise une expérience positive et rassurante pour l'enfant.

Gestion des Risques :

Les antécédents médicaux et les allergies éventuelles de l'enfant sont cruciaux pour éviter les complications durant les traitements problèmes.

4

5

Suivi Continu :

Le formulaire sert de base pour le suivi continu de la santé bucco-dentaire de l'enfant, en tenant compte des changements et des développements au fil du temps.

Responsabilité Partagée :
En remplissant ce formulaire, les parents ou tuteurs légaux s'engagent à collaborer étroitement avec l'équipe dentaire. Cela renforce le partenariat entre les soignants et la famille pour le bien-être de l'enfant.

Le formulaire de consultation dentaire pédiatrique est plus qu'un simple document administratif. Il est un outil vital pour assurer que chaque enfant reçoit des soins dentaires adaptés, sûrs et axés sur son bien-être unique. En remplissant ce formulaire avec précision et honnêteté, vous contribuez activement à la santé et au bonheur de votre enfant.

Avec ce texte, les parents ou tuteurs légaux sont guidés à travers le formulaire et comprennent son importance. Ils sont ainsi plus enclins à fournir des informations précises et complètes.

Éligible DPC / FIFPL / OPCO
Déductible frais professionnel
100 % en ligne



- Jusqu'à 630€ d'indemnisation
- 14h de formation
- Disponible à vie
- Cas cliniques, protocoles complets, exercices et fiches à télécharger
- Groupe d'entraide privé

Découvrir la formation



Rejoignez une communauté de plus de 20 000 consoeurs et confrères.



93% de taux d'application des enseignements dans la pratique quotidienne.

Contactez-nous au :



06 63 86 91 00



contact@learnylib.com

Questionnaire de Santé Enfant

NOM, Prénom de l'enfant :

NOM des parents (ou du tuteur légal) :

Date de naissance : / / Âge :

Date du dernier examen dentaire : / /

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Motif de la consultation :

	OUI	NON
Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé ? Si oui, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels et pourquoi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant fait-il des allergies (médicamenteuses, alimentaires ou autres) ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant fait-il des hémorragies répétées ? (nez ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il déjà ou va-t-il se faire opérer ? Si oui, pour quel motif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? ○ Dépression ○ Crise de nerf ○ Vertiges ○ Problème d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ? Si oui, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI**NON**

Est-ce la 1ère visite de votre enfant chez un dentiste ?

Si non, à quand remonte la dernière visite :

Est-ce que votre enfant mange entre les repas ?

Si oui, à quelle fréquence :

Quoi :

Est-ce que votre enfant mange des sucreries,
comme des bonbons ?

Si oui :

De manière occasionnelle, fêtes, anniversaires, etc Souvent, 1 fois par semaine

Régulièrement, il y a toujours des bonbons à la maison

Que boit votre enfant entre les repas ?

Eau

Sodas

Sirop à l'eau

Lait

Jus de fruits

Quel dentifrice utilisez-vous (marque, âge, etc) ?

Quand votre enfant se lave-t-il les dents ?

Quoi qu'il ait mangé Après chaque repas (matin/midi/soir) Matin et soir

Avant d'aller se coucher Très irrégulièrement Que le matin

Supervisez-vous le brossage de votre enfant ?

Je le laisse faire tout seul Je le laisse faire et je vérifie

Je le laisse commencer et je termine

Votre enfant reçoit-il du fluor ?

Si oui, comment ?

Eau du robinet

Eau en bouteille

Dentifrice/gel/rinçage

Gouttes ou pastilles de fluor

Votre enfant a-t-il eu ou a toujours l'une des habitudes suivantes :

Succion du pouce/tétine se mordre la langue, la lèvre, la joue, etc

Jouer d'un instrument musical à vent Se ronger les ongles

Croquer des glaçons ou des cacahuètes Mâcher un crayon

Autres

	OUI	NON
Est-ce que des caries ont été remarquées dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il déjà eu un appareil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dent(s) ? Si oui, comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il déjà eu des problèmes dû à un traitement dentaire dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie locale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'il pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modifications concernant l'état de santé de mon enfant et ses prescriptions médicales.

Merci de votre collaboration.

Fait à Bordeaux, le / /

Signatures des parents (ou du tuteur légal)