
QUESTIONNAIRE MÉDICAL ENFANT

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable 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 du patient :

Date de naissance :

Sexe : F M

Motif de la consultation :

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

Nom du dentiste traitant :

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des : *(si oui cocher et préciser)*

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| Pathologie chronique ou affection de longue durée | <input type="checkbox"/> | |
| Maladie héréditaire | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles de la croissance | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles posturaux | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles ostéo-articulaires | <input type="checkbox"/> | |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles neurologiques | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | |
| Pathologie cardiaque | <input type="checkbox"/> | |
| Pathologie rénale | <input type="checkbox"/> | |
| Trouble de la coagulation | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles hormonaux | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | |
| Maladie virale | <input type="checkbox"/> | |
| Pathologie pulmonaire | <input type="checkbox"/> | |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | |
| Maladie de Paget | <input type="checkbox"/> | |
| Ostéoporose | <input type="checkbox"/> | |

Le patient est-il allergique ? *(si oui cocher et préciser)*

- | | | |
|-------------|--------------------------|-------|
| Médicaments | <input type="checkbox"/> | |
| Métaux | <input type="checkbox"/> | |
| Latex | <input type="checkbox"/> | |
| Pollens | <input type="checkbox"/> | |
| Autres | <input type="checkbox"/> | |

Le patient est-il sujet aux problèmes O.R.L. ?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> rhumes | <input type="checkbox"/> sinusites | <input type="checkbox"/> angines |
| <input type="checkbox"/> otites | <input type="checkbox"/> ronflements | <input type="checkbox"/> autres (apnées...) |

Le patient a-t-il été opéré des amygdales ou végétations ou drains dans les oreilles

Le patient a-t-il subi

- un traumatisme facial
- un traumatisme dentaire

Le patient prend-t-il actuellement des médicaments ?

(Si oui, lesquels et depuis combien de temps)

Avez-vous d'autres problèmes à signaler :

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous signaler tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Fait à Marseille, le :

Signature :