

NOM du patient :Prénoms :
Date de naissance : ... / ... / ...
NOM des Parents (ou du Tuteur légal) :
Coordonnées : Adresse postale :
tél.....mail :
NOM du Dentiste traitant :

HISTORIQUE MÉDICAL ENFANT

- 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) ?
- Merci de nous fournir un double de son/ses ordonnance(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) ?

POIDS à la date d'aujourd'hui :

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.

Date et signature des Parents (ou du Tuteur légal) :

