

## 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.*

**D<sup>R</sup> DUHAMEL et son Equipe.**



## HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom du patient : .....Prénoms : .....

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

Nom des parents (ou du tuteur légal) : .....

Adresse : \*\*\*.....

Numéro de téléphone : \*\*\*.....

Adressé et /ou recommande par : .....

### 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 :** .../.../...