



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 ont des craintes et manifestent ouvertement leurs peurs, 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 :

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

***Merci de votre
collaboration.***

PROTOCOLE COVID :

- Faire un brossage et un bain de bouche 1h avant le Rdv
- 1 seul accompagnant par enfant autorisé dans l'enceinte du cabinet
- Soyez masqué(s), évitez les bijoux sur les mains.
- Arrivez un peu en avance.
- N'oubliez pas votre carte vitale et un stylo pour signer d'éventuels documents.
- Privilégiez les règlements par carte bancaire.
- Les toilettes sont supprimées, veuillez prendre vos dispositions.

Vous avez rendez-vous avec le Dr

Le : à

Dr SAUVAGE Cyril

Diplômé de la faculté de Montpellier
M.S.B.M
344 701 255

Dr PUJOL Vincent

Diplômé de la faculté de Montpellier
C.E.U Prothèse Fixe
A.E.U Parodontologie
DU d'Odontologie Restauratrice et
Esthétique
344 700 612

Dr FRANCOIS Marie

Diplômée de la faculté de Montpellier
344 701 271

Dr JEANNEAU Etienne

Diplômé de l'Université Libre de
Bruxelles
CEU en Endodontie
344 626 940

Dr PERET Mélanie

Diplômée de la faculté de Montpellier
344 642 095



QUESTIONNAIRE MÉDICAL ENFANT

RENSEIGNEMENTS CIVILS DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Code postal et Ville :

Numéro de téléphone (si l'enfant en a un) :

Frères, sœurs, situation dans la fratrie :

Niveau scolaire :

Loisirs, hobbies (sport / musique / activités) :

RENSEIGNEMENTS CIVILS DE L'ADULTE ACCOMPAGNANT

Parent 1 Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Profession :

Parent 2 : Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Profession :

Situation familiale à préciser (parents séparés / garde alternée...) :

RENSEIGNEMENTS SUR LA CONSULTATION

Motif de la consultation :

Est-ce sa 1^{ère} visite chez le dentiste :

Si non, à quand remonte la dernière visite chez le dentiste ?

Lui a-t-on déjà pris des radios dentaires :

Est-ce la 1^{ère} visite dans ce cabinet :

Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ETAT DE SANTE GENERALE DE L'ENFANT

A-t-il des problèmes de santé :

Est-il sous surveillance médicale :

Si oui, depuis quand et pourquoi :

Cabinet Dentaire Du Clermontais

Dr Sauvage, Dr Pujol, Dr Ma, Dr François, Dr Roy

45 Cours de la chicane 34800 Clermont l'Hérault /Tél : 04.67.96.04.50 / Fax : 04.99.91.15.05

Mail : contact@cabinetdentaireduclermontais.com



Prend-il des médicaments :

Si oui, lesquels et à quelle fréquence :

A-t-il des allergies médicamenteuses (pénicilline, antibiotiques, autres médicaments) :

A-t-il eu une maladie grave :

Si oui, laquelle et quand :

A-t-il déjà été opéré :

Si oui, de quoi et quand :

A-t-il d'autres antécédents médicaux :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT

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

Se brosse-t-il les dents tout seul :

Combien de repas fait-il par jour :

Mange-t-il des sucreries (si oui, à quelle fréquence) :

Consomme-t-il des boissons autres que de l'eau (si oui, lesquelles et à quelle fréquence) :

A-t-il déjà eu des caries dans le passé :

Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) :

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents (si oui, comment) :

A-t-il déjà eu un problème suite à un traitement dentaire :

A-t-il eu un traitement orthodontique :

A-t-il sucé son pouce, la tétine ou rongé-t-il ses ongles (si oui, préciser)

A-t-il déjà reçu une anesthésie locale ? Anesthésie dentaire ?

A-t-il déjà eu des séances d'orthophonie :

A-t-il des troubles du sommeil (ronflements / apnée du sommeil / grincements des dents) :

A-t-il des craintes ou des phobies ? Chez le dentiste aussi ?

Si vous avez une remarque à nous signaler pour clore ce questionnaire médical :

Fait à : Date :

Signature des parents ou du responsable légal :