

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 Valorisez le courage de votre enfant lors de l'examen une fois de retour à la maison.

Merci de votre collaboration.

Les Drs LESTIENNE et TOULEMONDE,

Et leur équipe

HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom du patient :Prénoms :

Adresse :

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

Nom des parents (ou du tuteur légal) :

Tel (port parents) : Tel (domicile) :

■ HISTORIQUE MÉDICAL

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- Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ? OUI NON

10- Votre enfant a-t-il déjà eu des hémorragies ou des saignements répétés (du nez ou autres) ? OUI NON

11- Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ? OUI NON

12- Votre enfant souffre-t-il de troubles nerveux ? OUI NON
 Dépression Crises de nerfs Vertiges Problèmes d'apprentissage

13- Votre enfant a-t-il des maux de tête ou des migraines ? OUI NON

14- Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

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 _____, le / /

■ 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 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.

Signature des parents (ou du tuteur légal) :

Fait à Ville, le / /