



**Drs Laurianne Bas
& Dr François Weibel**
Médecins-Dentistes

Route du Pont-Butin 70
CH-1213 Petit-Lancy
T +41 22 793 77 40
contact@dentistelancy.ch

Membres AMDG-SSO
IDE CHE463927933
No créancier Z471225



Cher(s) parent(s),

Pour notre 1^{ère} rencontre, nous allons apprendre à connaître votre enfant, son tempérament, sa croissance, sa bouche.

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date et ville de naissance : _____

Nombre et âge des frères et sœurs : _____

Parents séparés : NON OUI – Préciser la garde : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nom et ville du médecin traitant : _____

Eventuellement, médecin spécialiste : _____

Si votre enfant est ou a été malade, cocher la ou les cases correspondantes et préciser :

Maladie du cœur : _____

Allergie : _____

Trouble ou retard du développement : _____

Maladie génétique : _____

Autre : _____

Votre enfant a déjà été hospitalisé : NON OUI motif(s) : _____

Votre enfant prend des médicaments : NON OUI préciser : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés à se coucher ou s'endormir NON OUI

Se réveille-t-il pendant la nuit et/ou a-t-il des du mal à se rendormir ? NON OUI

Est-ce qu'il/elle a tendance à respirer par la bouche pendant la journée ou pendant le sommeil ? NON OUI

Une bouche sèche ou une mauvaise haleine au réveil le matin ? NON OUI

Avez-vous remarqué chez votre enfant pendant son sommeil :

a. Qu'il ronfle ou a une respiration bruyante ? NON OUI

b. Qu'il fait des pauses pendant sa respiration ? NON OUI

c. Qu'il s'étouffe ou a du mal à respirer ? NON OUI

- d. Un sommeil agité ? il grince des dents ? NON OUI
e. Des postures anormales de la tête ? (hyperextension...)? NON OUI
f. Une transpiration excessive? NON OUI
g. Mouille son lit? NON OUI

Avez-vous remarqué chez votre enfant pendant la journée :

- a. A des difficultés à se réveiller ? NON OUI
b. Se réveille avec des maux de tête ? NON OUI
c. Groggy ou fatigué NON OUI
d. Hyperactif ? NON OUI
e. Des remarques de l'école ? NON OUI

Votre enfant :

- a. Ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle directement ? NON OUI
b. A des difficultés à organiser les tâches ? NON OUI
c. Facilement distrait pas des stimuli extérieurs ? NON OUI
d. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise ? NON OUI
e. Interrompt ou envahit les autres ? NON OUI

Votre enfant est-il souvent malade a-t-il déjà souffert de maux de gorges, d'otites, de sinus ou d'allergies ?

NON OUI

Cesser de croître à un rythme normal ou à tout moment depuis la naissance ? NON OUI

Surpoids ? NON OUI

Habitudes : Sucettes, suce son pouce, autre ?? NON OUI

Vous êtes adressé par : _____

Motif de consultation : _____

Nom et prénom de l'accompagnant : _____

Père ou Mère de l'enfant Tuteur légal

- Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et avoir fourni toutes les informations concernant l'état de santé de mon enfant.

- J'autorise la Dre Laurianne BAS à pratiquer les examens et soins nécessaires à la santé bucco-dentaire de mon enfant.

Date : _____

Signature :