

## 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 :

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

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration !

**D<sup>RS</sup> DEMESY-VILLEMIN et leur Equipe.**

Nom du patient : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Nom des parents (ou du tuteur légal) : .....

Prénoms : .....  
N° de Sécurité Sociale des parents : .../.../.../.../.../.../.../.../.....

## 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 et localité du médecin traitant: .....
- 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  
Si OUI, quand ? ..... Et laquelle ? .....
- 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) ? .....



- 1 - Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ?  OUI  NON  
 Sinon, à quand remonte la dernière visite ? .....
- Lui a-t-on pris des radios lors de ses précédentes visites ?  OUI  NON
- 2 - Est-ce que votre enfant prend encore la tétine, le pouce, le biberon,  OUI  NON
- 3 - Est-ce que votre enfant mange entre les repas ?  OUI  NON
- 4 - Est-ce que votre enfant mange des sucreries (bonbons, ...), boit des sodas ?  OUI  NON
- 5 - Quand votre enfant se lave-t-il (ou elle) les dents ?  
 Quoi qu'il ait mangé       Après chaque repas       Le matin       Le soir       Très irrégulièrement
- 6 - Quel type de brosse à dent utilise votre enfant ?     manuelle       électrique
- 7 - Votre enfant reçoit-il du fluor ?  OUI  NON  
 Si OUI, de quelle manière :  
 Eau du robinet       Eau en bouteille       Gouttes ou pastilles de fluor       Par un dentifrice, un gel, un rinçage
- 8 - Est-ce que des caries ont déjà été remarquées dans le passé ?  OUI  NON
- 9 - Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive) ?  OUI  NON
- 10 - Votre enfant a-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?  OUI  NON  
 Si OUI, quand ? ..... Par quel praticien : .....
- 11 - Un autre enfant de la famille a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ?  OUI  NON
- 12 - Votre enfant s'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?  OUI  NON  
 Si OUI, comment : .....
- 13 - A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé ?  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

Autres remarques utiles :

.....  
.....

« 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. »

FAIT A .....

LE ...../...../.....

SIGNATURE des parents (ou du tuteur légal)