Questionnaire médical

Information générale de votre enfant

Nom :

Sexe : [ ]  M [ ]  F

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Carte d’assurance maladie : Exp :

Adresse de résidence :

Numéro de téléphone :

Histoire médicale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du médecin traitant : Numéro de téléphone du médecin : Dernier examen médical :  |  | Médication prise sur une base quotidienne :    |

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà été diagnostiqué d’une des conditions suivantes :

[ ] Anémie

[ ] Hémophilie

[ ]  Trouble de coagulation

[ ] Asthme

[ ] Apnée du sommeil

[ ] Fibrose kystique

[ ] Rhumes fréquents ou sinusite

[ ]  Trouble du spectre autistique

[ ]  Retard de développement

[ ]  Trouble du langage

[ ] Hyperactivité

[ ]  Arthrite

[ ] Épilepsie/convulsion

[ ]  Cancer

[ ] Leucémie

[ ] Diabète

[ ] Trisomie 21

[ ] Obésité

[ ] Problème cardiaque

[ ] Tension artérielle (basse/haute)

[ ] Scoliose

[ ] Jaunisse/Hépatite

[ ] Maladie de Crohn

[ ]  Maladie coeliaque

[ ] Trouble thyroïdien

[ ] SIDA/séropositif

**Votre enfant souffre-t-il d’une maladie ou d’un problème qui n’a pas été mentionné?** Si oui, spécifier :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfant a-t-il déjà fait une réaction allergique aux produits suivants** :[ ] Aspirine/codéine [ ] Latex [ ] Métaux [ ] Antibiotique [ ] Anesthésiques locaux**Votre enfant a-t-il déjà traité sous anesthésie générale?** [ ] Oui [ ] Non**Le père ou la mère a-t-il déjà eu une complication suite à une anesthésie générale?** [ ] Oui [ ] Non |  |  |

Information sur les parents ou les gardiens

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avec qui votre enfant vit-il?[ ] Les 2 parents[ ] Parent #1 [ ] Parent #2[ ] Garde partagée[ ] Maison d’accueil |  | Nom du parent #1: Nom du parent #2: Adresse courriel : |

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SVP retourner ce questionnaire signé à: ag@dentistepourenfant.ca**