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**