

# Docteur Valerie MALOT

121 RUE DE REUILLY  
75012 PARIS

SPECIALISTE QUALIFIE EN  
ORTHOPÉDIE DENTO FACIALE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Cette fiche concerne la santé générale de votre enfant et seuls les parents peuvent apporter ces renseignements qui se révèlent souvent indispensables à l'orthodontiste pour établir le diagnostic du problème posé et choisir le traitement nécessaire pour le résoudre.

**Il est donc de l'intérêt de votre enfant que vous remplissiez cette fiche avec la plus grande attention.**

### ETAT-CIVIL

- Nom de l'enfant : ..... • Prénom : .....
- Adresse : .....
- Téléphone domicile : ..... • Téléphone professionnel : .....
- ° Email : ..... ° tel portable de l'enfant : .....
- Date de naissance : ..... • Age : .....
- Garçon     Fille
- L'enfant vit-il     Chez ses deux parents     Chez son père     Chez sa mère  
                           Parents séparés                     Père décédé                     Mère décédée
- Nom et prénom du Père : ..... • Nom et prénom de la mère : .....
- Nom de l'Assuré : ..... • Caisse d'assurance maladie : .....
- ° Mutuelle : .....
- N° de Sécurité Sociale : !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !\_\_ !
- Qui vous a conseillé le cabinet d'orthodontie :  
•  Parent     Ami     Docteur     Internet     Autre
- Votre dentiste traitant :



- Est-il allergique ?  oui  non  
Si oui, à quoi ? .....
- Prédiabétique ou diabétique?  oui  non
- A-t-il présenté un problème cardiaque ?  oui  non
- Un rhumatisme articulaire aigu ?  oui  non
- Saigne-t-il longtemps lorsqu'il se blesse ?  oui  non
- A-t-il présenté des troubles nerveux ? (épilepsie, paralysie,...)  oui  non
- Une fracture crânienne ou faciale ?  oui  non  
Si oui, à quel niveau ? ..... Quand ?.....
- Quelles autres maladies importantes a-t-il eues en dehors des maladies habituelles de l'enfance ? .....
- A-t-il été transfusé ?  oui  non

### **ETAT DENTAIRE**

- Est-il suivi régulièrement par un dentiste ?  oui  non  
Nom du dentiste : .....
- Présente-t-il beaucoup de caries ?  oui  non
- Hygiène dentaire :  bonne  moyenne  mauvaise  très mauvaise
- Nombre de brossages par jour : .....
- Peut-il se laver les dents après le déjeuner ? .....
- A-t-il eu des extractions de dents de lait ?  oui  non  
Si oui, pour quelle raison ? .....
- A-t-il eu des extractions de dents définitives ?  oui  non  
Si oui, pour quelle raison ? .....
- Est-il déjà tombé sur les dents de devant ?  oui  non  
Si oui, quand ? .....
- A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ?  oui  non  
Si oui, quel type de traitement ? .....  
Combien de temps ? .....  
Avec qui ? .....  
Quand ? .....

## ETAT FONCTIONNEL

- L'enfant a-t-il des difficultés à mastiquer ?  oui  non
- Respire-t-il par :  la bouche ?  le nez ?
- A-t-il souvent la bouche ouverte ?  oui  non
- Ronfle-t-il en dormant ?  oui  non
- Son sommeil est-il :  agité ?  normal ?
- A-t-il été opéré des amygdales ?  oui  non  
Si oui, à quelle date ? ..... Pour quel motif ? .....
- A-t-il été opéré des végétations ?  oui  non  
Si oui, à quelle date ? ..... Pour quel motif ? .....
- Est-il fréquemment enrhumé ?  oui  non
- A-t-il souvent des angines ?  oui  non
- Grince-t-il des dents ?  oui  non
- A-t-il des craquements, douleurs, blocage des mâchoires,... ?  oui  non
- Suce-t-il son pouce ou un autre doigt ?  oui  non
- Suce-t-il un objet (mouchoir, drap,...) ?  oui  non
- Ronge-t-il ses ongles mange t il ses crayons ?
- oui  non
- Joue-t-il d'un instrument de musique à vent ?  oui  non  
Si oui, lequel ? ..... Depuis combien de temps ? .....
- A-t-il subi une rééducation chez l'orthophoniste ?  oui  non  
Si oui, pour quel motif ? .....
- Nom et adresse de l'orthophoniste : .....

## HABITUDES ALIMENTAIRES

- Boit-il du Coca-Cola ou des sodas ?  tous les jours  de temps en temps  rarement
- Mange-t-il des bonbons ?  tous les jours  de temps en temps  rarement
- Mange-t-il des sandwiches le midi ?  tous les jours  de temps en temps  rarement
- Déjeune-t-il à la maison ? .....