

# Dr Mercier Sylvia, Mercier Frédéric

65 rue Kléber 59155 Fâches Thumesnil Tél 03 20 96 75 60

Mail : scmapolline@gmail.com

## 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 :

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

***Merci de votre collaboration.***

**DRS MERCIER et leur Equipe.**



# Questionnaire Médical

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Je m'engage à informer le praticien en cas de modification de mon état de santé à chaque visite .

## PARTIE ADMINISTRATIVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date Naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Nom des parents : \_\_\_\_\_ N°sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MEDICAL

1. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? si oui, lesquels ?  
\_\_\_\_\_
2. Votre enfant prend-t-il des médicaments ? si oui, lesquels ?  
\_\_\_\_\_
3. Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_
4. Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?  OUI  NON

## HISTORIQUE DENTAIRE

- Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste ?  OUI  NON
- Sinon, à quand remonte sa dernière visite ? \_\_\_\_\_
- Votre enfant reçoit-il du fluor ? Si oui sous quelle forme ? \_\_\_\_\_
- Votre enfant a-t-il eu ou à toujours l'une des habitudes suivantes :
  - Suction pouce/tétine
  - se ronger les ongles
  - mâcher un crayon
- Lui a-t-on déjà enlevé une dent ?  OUI  NON
- A-t-il porté un appareil orthodontique ?  OUI  NON
- Un autre membre de la famille a-t-il déjà eu un traitement orthodontique ?  OUI  NON
- Votre enfant a-t-il déjà eu des séances d'orthophonie ?  OUI  NON
- Votre enfant a-t-il déjà reçu une anesthésie locale ?  OUI  NON

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 à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

