




CABINET DENTAIRE LYON EST
Docteur Joénice CHASME

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maison des Consultations Porte des Alpes
Hôpital Privé de l'Est Lyonnais (HPEL)
140 rue André Lwoff
69800 SAINT PRIEST

 04.72 .909 .909

 04.72.51.26.25

 cdle69@orange.fr



DOSSIER DENTAIRE
PEDIATRIQUE
ANNEE 2020

« Membre d'une Association Agréée par l'Administration Fiscale, acceptant à ce titre le règlement des honoraires par chèques libellés à son nom »

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez un rendez-vous pour votre enfant avec le Docteur Joénice CHASME.

Cette première visite :

- n'est pas une consultation
- permet à votre enfant d'**établir un rapport de confiance** avec son dentiste
- permet au dentiste d'établir le plan de traitement de votre enfant
- n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale** (voir devis ci-joint)

Le cabinet pratique certains actes à **honoraires non remboursables**, ce qui veut dire qu'ils ne sont **pas pris en charge par la CMU, et très peu par les mutuelles**. Un devis de soins vous sera remis lors de votre premier rendez-vous.

Vous devez lire le dossier ci-joint en entier, le remplir, le signer, et le renvoyer par courrier accompagné d'un chèque de 58€ (pas de paiement en espèces ou CB).

A réception de vos documents, notre secrétariat prendra contact avec vous par téléphone. Comptez un délai de rendez-vous entre 1 et 3 mois environ.

Notez bien que s'il manque le CHEQUE, ou que le dossier est INCOMPLET, il sera classé sans suite.

Le jour du rendez-vous, vous devez apporter:

- le **carnet de santé**
- ses **ordonnances** en cours
- les **radiographies dentaires** (si vous en possédez)
- la **lettre de votre dentiste ou de votre pédiatre** vous adressant vers nous

Cordialement,



Le secrétariat du C.D.L.E.



CABINET DENTAIRE
LYON EST



Cabinet Dentaire Lyon Est
Docteur Joénice CHASME
Maison des Consultations Porte des Alpes
140 rue André Lwoff
69800 SAINT PRIEST
Tél. : 04.72.909.909
Fax. : 04.72.512.625

Nom et Prénom de la personne
qui remplit ce questionnaire :

Nom et Prénom de l'enfant
qui vient consulter :

.....

.....

Numéro de Sécurité Sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Age de l'enfant : |_|_| ans **Sa date de naissance :** |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **Son poids** |_|_| Kg

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_| Ville :

Tél. fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **Tél. portable :** |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Profession des parents : Père :

Mère :

Votre **adresse mail :** @

Avez-vous une Mutuelle Complémentaire Santé ? OUI NON CMU(C) : OUI NON

Si « OUI », le nom de votre Mutuelle :

La « fratrie » : Prénoms et âges des frères et sœurs :

.....
.....
.....

Quelle est la passion de votre enfant ? Quelle est son activité favorite ? Quel métier rêve-t-il de faire ?

.....
.....
.....

----- **LES RAISONS DE VOTRE VISITE** -----

- Un rendez-vous de contrôle.
- Une douleur.
- L'utilisation du MEOPA.

- Faire pratiquer des soins dentaires.
- Vous êtes envoyés par votre dentiste.
- Demander des informations, un devis.

QUESTIONNAIRE MEDICAL PEDIATRIQUE

Les données recueillies dans ce questionnaire pourront être utilisées de manière anonyme afin de réaliser des statistiques sur l'apparition de divers problèmes dentaires chez l'enfant. Nous vous remercions de votre participation. En remplissant ce questionnaire, vous acceptez que ces données soient utilisées anonymement à des fins statistiques. Si vous ne souhaitez pas que ces informations entrent dans nos statistiques, merci de nous le faire savoir sur la ligne ci-dessous. Sachez que la prise en charge de votre enfant n'en sera pas affectée.

Pour la mise à jour de son dossier et une meilleure prise en charge, n'oubliez pas de nous prévenir à l'avenir de tout changement (notamment les allergies, traitements en cours, ...).



----- L'ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT AUJOURD'HUI -----

Prend-il des médicaments ? OUI NON

Si « OUI », préciser le nom des médicaments :

-
-
-

Est-il allergique ? OUI NON

Si « OUI », préciser la nature de ses allergies :

- Il est allergique aux pénicillines !
- Il est allergique à :
- Il est allergique à :

Votre enfant présente :

- Troubles cardiaques ? OUI NON
- Troubles vasculaires ? OUI NON
- Troubles pulmonaires ? OUI NON
- Troubles rénaux ? OUI NON
- Troubles hormonaux ? OUI NON
- Autres troubles ? OUI NON

- Troubles nerveux ? OUI NON
- Troubles articulaires ? OUI NON
- Troubles cutanés ? OUI NON
- Troubles digestifs ? OUI NON
- HIV, hépatite, ... ? OUI NON

Détaillez si besoin :

.....
.....



----- LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT -----

Votre enfant présente-t-il des différences ? OUI NON

De manière plus précise, votre enfant présente-t-il :

- Des troubles du spectre autistique ?
- Un retard psycho-moteur ?
- Une trisomie 21 ?
- Un trouble du développement, une hyperactivité ou un trouble de l'attention ?
- Des troubles DYS ? Précisez
- Des troubles de l'audition (enfant malentendant ou sourd) ?
Si oui pratique-t-il le LPC ou la LSF ? Est-il appareillé ?
- Autres ? Précisez



LES DENTS DE VOTRE ENFANT

Hygiène dentaire :

Votre enfant se brosse-t-il les dents : matin? midi ? soir ?

L'aidez-vous à se brosser les dents ? OUI NON

Quel matériel utilisez-vous : Brosse à dents manuelle Fil dentaire
 Brosse à dents électrique Jet dentaire

Apports fluorés :

A-t-il pris du fluor étant petit ? OUI NON => si OUI, gouttes ? comprimés ?
Jusqu'à quel âge ?

Utilise-t-il : un dentifrice pour enfant votre dentifrice

Boit-il régulièrement : du lait de soja ? de l'eau minérale ?

S'il passe plus d'un mois par an à l'étranger, indiquez le pays :

A-t-il l'habitude de sucer son pouce ? une tétine ?



VOTRE ENFANT ET LES SOINS DENTAIRES

Date de son dernier examen dentaire (ou soin) : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

Comment pouvez-vous qualifier le déroulement de cette dernière visite ?



Détaillez si besoin :

.....
.....

A-t-il déjà eu des anesthésies locales (dentaires ou autres) ? OUI NON

Si oui comment cela s'est-il passé ?

.....
.....

Votre enfant a-t-il déjà subi un choc important sur les dents ? : OUI NON

Si oui, précisez :

.....
.....



LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE

Y a-t-il eu des particularités lors de la grossesse :

OUI NON

Si oui précisez (grossesse gémellaire, hospitalisation, diabète, hypertension, etc...) :

.....
.....

Pendant la grossesse, la mère a-t-elle dû prendre des médicaments ?

Si oui lesquels ?

Votre enfant est-il né AVANT terme : OUI NON

Si oui, terme : |__|__| SA

Poids de naissance de votre enfant : |__| kg |__|__|__|

Mode d'accouchement :

- voie basse bien passé voie basse difficile césarienne
 accouchement déclenché ?



LA PETITE ENFANCE (0 – 2 ans)

Votre enfant a :

été allaité ? Si oui combien de temps :

pris des biberons ? Si oui sur quelle période :

Votre enfant a mangé la nuit (biberon ou sein) jusqu'à : |__|__| mois/ ans

Tout bébé, concernant l'alimentation, votre enfant était :

- « facile » (repas bien rythmés, mange bien ...)
 « compliqué » (difficultés d'alimentation, d'origine médicale ou non ...)
 très demandeur (repas fréquents, ...)
 Ne sait pas / Ne se souvient plus / Autres (précisez ci-dessous)

Tout bébé, concernant le sommeil, votre enfant était :

- « facile » (bonnes nuits, ...)
 « compliqué » (nuits complètes tardives, sommeil perturbé, ...)
 très demandeur d'attention (câlins, cododo, besoin du biberon/sein fréquemment...)
 Ne sait pas / Ne se souvient plus / Autres (précisez ci-dessous)

Avez-vous des précisions à apporter concernant l'attitude de votre enfant quand il était tout bébé ? Si oui, veuillez les noter ci-dessous :

.....
.....
.....

Connaissez-vous le terme « B.A.B.I. » ?

OUI NON

Si oui, votre enfant en présentait-il les signes ?

OUI NON

Votre enfant a-t-il été hospitalisé dans sa première année : OUI NON

Si oui, pourquoi ?
.....

Votre enfant a-t-il eu dans ses deux premières années : **de l'asthme :** OUI NON

Si oui, quel traitement ?

des bronchiolites : OUI NON

Si oui, quel traitement ?

des bronchites : OUI NON

Si oui, quel traitement ?

des otites : OUI NON

Si oui, quel traitement ?

un RGO : OUI NON

Si oui, quel traitement ?

A quel âge a-t-il eu ses premières dents ? : |__|__| mois

A quel âge avez-vous commencé le brossage des dents ? : |__|__| mois / ans

- Avez-vous remarqué des anomalies :** dès l'éruption des dents ?
 après l'éruption des dents ?
 vous n'avez jamais remarqué d'anomalies

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
jour mois année



Signature de la mère	<input type="checkbox"/>
Signature du père	<input type="checkbox"/>



Cabinet Dentaire Lyon Est
Maison des Consultations Porte des Alpes
140 rue André Lwoff
69800 SAINT PRIEST
Tél. : 04.72.909.909
Fax. : 04.72.512.625

LA RADIOGRAPHIE UTILISE LES RAYONS X

En matière d'irradiation des patients, aucun risque n'a pu être démontré chez les patients compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée.

Autorisation donnée au Chirurgien-dentiste traitant pour réaliser des clichés radiographiques dentaires. (Articles 43-50 et suivant du Décret n° 2003-270 du 24 mars 2003 / Articles L. 1333-1 et suivants du Code de la Santé Publique).

Information préalable :

- Un cliché radiographique doit être obligatoirement pris après reconstitution coronaire, quelle que soit la technique utilisée et avant la pose de la couronne. (Arrêté du 11 mars 2003 modifiant la nomenclature Générale des Actes Professionnels des Chirurgiens-Dentistes).
- Votre Chirurgien-dentiste traitant peut également être amené à pratiquer d'autres clichés radiographiques médicalement justifiés par un bon usage des soins afin de vous faire bénéficier de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science, aux recommandations et aux références professionnelles opposables. (Extrait de la Convention Nationale de 1997 - destinée à organiser les rapports entre les Chirurgiens-Dentistes et les Caisses d'Assurance Maladie / Titre III - section I - Article 11) - (Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes - Titre II - Articles 26 et suivants).
- Les clichés radiographiques sont réalisés par votre Chirurgien-dentiste traitant régulièrement inscrit à l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Rhône.
- Les appareils de radiographies rétro alvéolaires et panoramiques utilisés au sein du Cabinet-Dentaire satisfont aux dispositions réglementaires prévues par l'Article L. 5212-1 du Code de la Santé Publique et sont vérifiés régulièrement par un organisme agréé.
- Les valeurs moyennes issues d'études nationales montrent que les doses efficaces sont de 1 à 8 µSv pour un cliché intra-buccal et de 4 à 30 µSv pour un panoramique. Ainsi, les doses délivrées par les clichés intra-buccaux sont faibles, habituellement équivalentes à moins d'une journée d'exposition naturelle. Les doses délivrées par le panoramique sont plus variables, mais même celles qui se situent dans la fourchette haute sont équivalentes à quelques jours d'irradiation naturelle ou à une radiographie du thorax. En ce qui concerne les explorations 3D (ou volumiques) réalisées avec des scanners ou des appareils dédiés, les doses sont toujours inférieures à 10 mGy, quel que soit l'organe considéré.

Autorisation :



Je, soussignée Madame, mère (ou représentante légale) de l'enfant autorise mon Chirurgien-dentiste à réaliser le ou les clichés radiographiques obligatoires ou nécessaires pour lui permettre la bonne réalisation des soins.



Je, soussigné Monsieur , père (ou représentant légal) de l'enfant autorise mon Chirurgien-dentiste à réaliser le ou les clichés radiographiques obligatoires ou nécessaires pour lui permettre la bonne réalisation des soins.

La loi nous oblige désormais à réaliser des radiographies avant et après certains soins. Néanmoins, selon la coopération de votre enfant et la situation clinique, ces radiographies peuvent ne pas être réalisables correctement, ou ne pas être réalisables du tout. Vous reconnaissez être informés de ce fait.

Fait à Saint-Priest le :

Signature de l'Assuré(e) :

Faire précéder de la mention manuscrite : "lu et approuvé".



Cabinet Dentaire Lyon Est
Maison des Consultations Porte des Alpes
140 rue André Lwoff
69800 SAINT PRIEST
Tél. : 04.72.909.909
Fax. : 04.72.512.625

Autorisation de prise de vue et diffusion

Je, soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'enfant
....., né(e) le __/__/__, demeurant au
(adresse),
certifie donner au **Docteur Joénice CHASME** l'autorisation de reproduire ou
représenter la (ou les) photographie(s) prise(s) au cours du traitement pour les
usages suivants :

- communication avec le prothésiste dentaire
- communication avec les patients dans le cadre de l'exercice professionnel
- communication avec des confrères (dentistes, orthodontistes, médecin, ...)

Cette autorisation est valable, sans limitation de durée, sauf dénonciation de ma part à mon praticien.

Conformément à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD), notre cabinet est soumis à la réglementation européenne.

Fait à _____

Le __/__/__

Signature du praticien

Signature du patient