

Nom de l'enfant : **Prénom** :

Date de naissance : Poids :

Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :

Votre enfant est-il allergique ?

- à certains médicaments ou pommades, ou est-il asthmatique ? oui non

- a-t-il eu une réaction particulière lors d'un examen radiologique oui non

- **A-t-il ou a-t-il eu récemment une infection** (fièvre, mal de gorge) **ou des soins dentaires ?** oui non

- **Est-il porteur d'un appareil dentaire, ou auditif, d'une valve cardiaque, d'un pacemaker, de matériel orthopédique ?** oui non

- **A-t-il subi récemment une opération ?** oui non

- Madame, Mademoiselle, si vous souhaitez rester auprès de votre enfant pendant l'examen, **êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?** oui non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à **nous informer de toute maladie sérieuse** :

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

Madame, Mademoiselle, Monsieur,
a personnellement rempli cette fiche le
et donne son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature