

Les premières dents

La première dent va apparaître généralement au cours de la première année. Aux environs de 30 mois, votre enfant aura ses 20 dents de lait.

- **Les bonnes habitudes se prennent tôt :**
Nettoyez ses premières dents tous les soirs.
Dès l'âge de 2 ans, nettoyez-les matin et soir.

Progressivement, avec votre aide, votre enfant va apprendre à se brosser les dents seul. Continuez à surveiller le brossage et à l'aider tant qu'il ne sait pas se brosser les dents de manière efficace et régulière.

L'enfant doit avoir une brosse souple dont la taille est adaptée à son âge.



Son alimentation

Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau, pendant et en dehors des repas.



Les examens bucco-dentaires

La première consultation chez un chirurgien-dentiste est conseillée dès 3 ans.

Ensuite, il est recommandé de consulter deux fois par an.

A 6 ans et à 12 ans, votre enfant peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire de prévention. Votre dentiste remplira **les pages 82 et 83** du carnet de santé.

Le fluor

Le fluor protège les dents des enfants.

Il peut être utilisé sous différentes formes (dentifrice, sel de table, comprimés...): votre médecin ou votre chirurgien-dentiste vous aidera à choisir la meilleure solution pour votre enfant.

Les traumatismes dentaires

En cas d'accident ou de chute, il faut consulter votre chirurgien-dentiste, même s'il s'agit d'un simple choc.

SPÉCIMEN

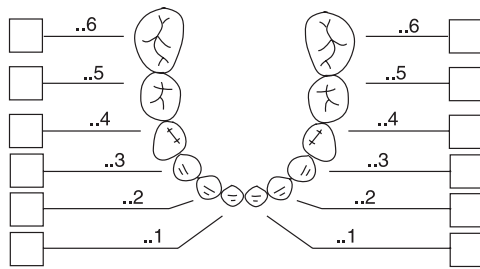
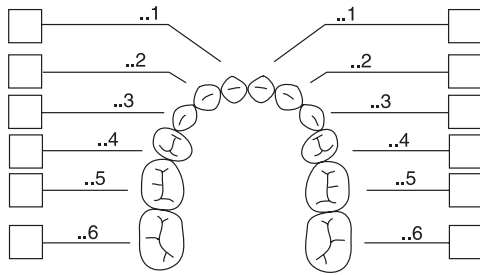
Alimentation

Repères des consommations pour les enfants à partir de 3 ans et les adolescents (Programme National Nutrition Santé)

<p>Fruits et /ou légumes</p> 	<p>Frais, en conserve ou surgelés, au moins 5 par jour</p>
<p>Pain et autres aliments céréaliers, pomme de terre et légumes secs</p> 	<p>à chaque repas et selon l'appétit</p>
<p>Lait et produits laitiers</p> 	<p>3 ou 4 par jour en fonction de la taille de la portion et de leur richesse en calcium</p>
<p>Viandes, Poissons et produits de la pêche, œufs</p> 	<p>1 ou 2 fois par jour</p>
<p>Matières grasses ajoutées</p> 	<p>Limitier la consommation Privilégier les matières grasses d'origine végétale</p>
<p>Produits sucrés</p> 	<p>Limitier la consommation</p>
<p>Boissons</p> 	<p>De l'eau à volonté Limitier les boissons sucrées</p>
<p>Sel</p> 	<p>Limitier la consommation</p>
<p>Activités physiques</p> 	<p>Au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide chaque jour</p> <p>Limitier le temps passé devant la télévision, les jeux vidéos, l'ordinateur...</p>



Examen de prévention à 6 ans



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- C Dent cariée
- A Dent absente
- O Dent obturée

Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non oui

Anomalies dento-maxillo faciales :

non oui

Conclusions

Rien à signaler actuellement

Soins nécessaires

Traitement en cours

Consultation d'orthodontie souhaitable

Consultation spécialisée souhaitable

Conseils personnalisés :

Date du bilan : jour mois an

Signature et cachet du praticien :

Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

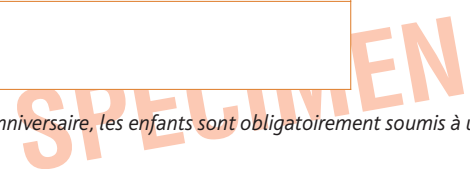
Date de fin de soins : jour mois an

Signature et cachet du praticien
ayant effectué les soins :

Traitements bucco-dentaires

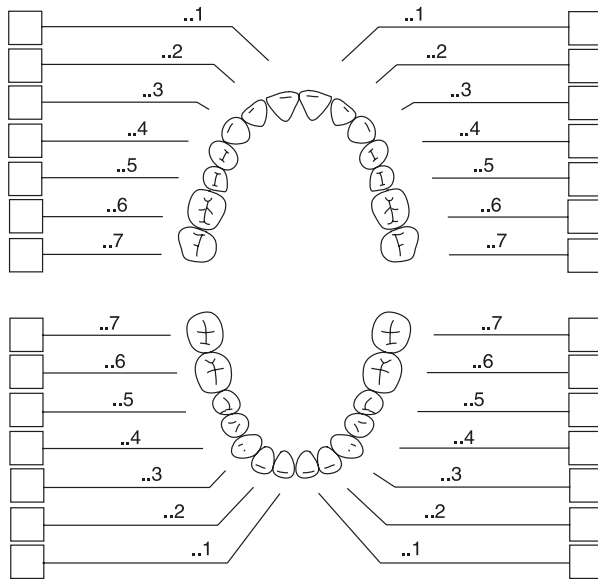
(à l'exception de ceux faisant suite aux examens de 6 et 12 ans)

Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien





Examen de prévention à 12 ans



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- C Dent cariée
- A Dent absente
- O Dent obturée

Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non oui

Anomalies dento-maxillo faciales :

non oui

Conclusions

Rien à signaler actuellement Soins nécessaires Traitement en cours

Consultation d'orthodontie souhaitable Consultation spécialisée souhaitable

Conseils personnalisés :

Date du bilan: jour mois an

Signature et cachet du praticien :

Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

Date de fin de soins: jour mois an

Signature et cachet du praticien ayant effectué les soins :

Traitements bucco-dentaires

(à l'exception de ceux faisant suite aux examens de 6 et 12 ans)

Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien