

# Formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire (prestataire) du District de Columbia



## Parent/Guardian Instructions:

**Partie 1:** Veuillez remplir toutes les sections y compris la race et la catégorie ethnique de l'enfant. Veuillez indiquer le quartier ou se situe l'adresse de votre domicile. Précisez le prestataire de soins de santé primaires, le prestataire de services dentaires et toute couverture par une assurance dentaire. Si l'enfant n'a pas de prestataire de services dentaires et n'a pas d'assurance, alors écrivez « Néant » dans chaque case.

**Partie 2:** En signant cette section le parent ou le tuteur autorise le dentiste ou l'établissement à partager les renseignements relatifs à la santé bucco-dentaire sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève, le Département de la Santé ou l'organisme qui a demandé ce document. Tous les renseignements demeureront confidentiels. **Ce formulaire ne sera pas considéré complet sans la signature du parent ou du tuteur et la date. Le parent ou tuteur doit imprimer, signer et dater cette partie.**

## Partie 1: Renseignements personnels de l'enfant (à remplir par le parent/tuteur)

Nom de famille de l'enfant:	Prénom et deuxième prénom de l'enfant:	Date de naiss.: MM/JJ/AAAA	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	École ou garderie: Classe :
Nom du parent/tuteur 1:	Téléphone 1: <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Adresse du domicile:		Quartier:
Nom du parent/tuteur 2:	Téléphone 2: <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Contact en cas d'urgence:	Téléphone:	
Race/Ethnicité: <input type="checkbox"/> Blanc Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Noir Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou île du Pacif. <input type="checkbox"/> Autre				
Prestataire de soins primaires (Médical):	Dentiste/Prestataire de soins dentaires :	Type d'assurance dentaire: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant <input type="checkbox"/> Autre		

## Partie 2: Signatures requises du parent/tuteur

### Décharge du parent/tuteur relative à la divulgation des renseignements sur la santé:

J'autorise le dentiste ou l'établissement ayant signé à partager les renseignements sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève, ou le Département de la Santé.

NOM du parent/tuteur en maj.:	SIGNATURE du parent/tuteur:	Date:
-------------------------------	-----------------------------	-------

### Instructions pour le prestataire de soins dentaires :

**Partie 3:** Encerclez Oui ou Non dans la colonne résultats. Pour Oui, veuillez expliquer dans la Section Commentaires.

**Partie 4** Indiquez si l'enfant a été examiné de façon appropriée et si le traitement est achevé. Si le traitement est inachevé, référer le patient pour des soins de suivi. Le dentiste doit **signer, dater et fournir les informations requises.**

## Partie 3: Résultats de l'enfant et recommandations aux parents (veuillez indiquer dans la colonne résultats)

FORMULAIRE CONFIDENTIEL

	Résultats	Commentaires
Inflammation gingivale	O N	
Plaque et/ou calcul	O N	
Attaches gingivales anormales	O N	
Malocclusion	O N	
Caries dentaires traitées	O N	
Caries dentaires non traitées	O N	<input type="checkbox"/> Cochez si urgent
Résines sur les molaires permanentes	O N	
Fente labiale et palatine	O N	
Services de prévention réalisés	O N	Quels types de services de prévention ont été réalisés ? <input type="checkbox"/> Prophylaxie <input type="checkbox"/> Fluor <input type="checkbox"/> Hygiène buccale

## Partie 4: Évaluation finale/ Signature du prestataire de soins dentaires requise

Cet enfant a été correctement examiné. Le traitement <input type="checkbox"/> est achevé <input type="checkbox"/> n'est pas achevé <input type="checkbox"/> sous traitement <input type="checkbox"/> refus de traitement <input type="checkbox"/> inutile. L'enfant doit être traité <input type="checkbox"/> d'urgence <input type="checkbox"/> de manière non urgente et il est sous traitement <input type="checkbox"/> par moi ou <input type="checkbox"/> a été référé à :			
Signature du DDS/DMD :		Nom en majuscules:	
Adresse:	Fax:	Téléphone:	Date:

### Certificat de santé du District de Columbia:

Ce formulaire remplace le formulaire d'évaluation dentaire utilisé lors de l'entrée dans les écoles de D.C., le programme Head Start, les garderies, les camps, les programmes parascolaires, les activités sportives et athlétiques ou toute autre activité du District de Columbia exigeant un examen physique. Le formulaire a été élaboré par le Département de la Santé de D.C. et se conforme aux directives de l'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD) en matière d'évaluations de santé bucco-dentaire obligatoires pour l'entrée à l'école. L'AAPD recommande qu'un enfant fasse l'objet d'une évaluation bucco-dentaire dans les six mois suivant la sortie de sa première dent et pas plus tard qu'à son premier anniversaire. Le Département de la Santé de D.C. recommande que tous les enfants âgés de 3 ans et plus fassent l'objet une évaluation bucco-dentaire réalisée par un dentiste agréé et fassent remplir une copie du formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire de D.C. Ce formulaire est un document confidentiel. La confidentialité se conforme aux exigences de la loi américaine sur l'assurance maladie de 1996 (Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) applicable aux prestataires de services de santé et de la loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (The Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) applicable aux Écoles de D.C. et d'autres prestataires.

