Formulaires d'évaluation de la santé bucco-dentaire

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

Pour tous les élèves âgés de 3 ans et plus, utilisez ce formulaire pour renseigner leur école ou leur structure d'accueil sur leur état de santé bucco-dentaire.

Instructions

- Remplissez la partie 1 ci-dessous. Remettez ce formulaire au fournisseur de soins dentaires de l'enfant/élève. Il est tenu de remplir la partie 2.
- Retournez le formulaire dûment rempli et signé à l'école/la garderie de l'élève.

Partie 1 : Renseignements sur l'enfant/élève (à remplir par le parent/tuteur)

Prénom _____ Nom de famille _____ Deuxième prénom _____

Nom de l'école ou de la garderie _____

ID de l'élève_____ Date de naissance (JJMMAAAA) : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Identité sexuelle actuelle : _____

Adresse du domicile : _____ État d'origine : _____ Code postal du domicile ☐☐☐☐☐

Établissement scolaire Classe	Garderie	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Éducation des adultes
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partie 2 : État de santé bucco-dentaire de l'enfant/élève (à remplir par le fournisseur de soins dentaires)

	Oui	Non
1. Le patient a-t-il au moins une dent présentant une **cavitation apparente** (carie non traitée) ? Cela N'inclut PAS les trous ou fissures colorées qui ne présentent pas de dégradation apparente de la structure de l'émail ni les lésions déminéralisées sans cavité (c'est-à-dire les taches blanches).	☐	☐
2. Le patient a-t-il au moins une **dent cariée traitée ?** Cela inclut toutes les dents ayant des amalgames, des composites, des restaurations temporaires ou des couronnes résultant d'un traitement de caries dentaires.	☐	☐
3. Le patient a-t-il au moins une molaire permanente dont le scellant est **partiellement ou totalement maintenu ?**	☐	☐
4. Le patient a-t-il des caries non traitées ou d'autres problèmes de santé bucco-dentaire nécessitant **des soins avant son examen de routine ? (Besoin d'une prise en charge précoce)**	☐	☐
5. Le patient ressent-il une **douleur, un abcès ou un gonflement dentaire ? (Besoin de soins urgents)**	☐	☐

6. Combien de **dents de lait** dans la bouche du patient sont atteintes de caries ? Qu'elles soient :
   - **a. Non traitées** ☐☐
   - **b. Traitées par des obturations/couronnes ?** ☐☐
7. Combien de **dents définitives** dans la bouche du patient sont atteintes de caries ? Qu'elles soient :
   - **a. Non traitées** ☐☐
   - **b. Traitées par des obturations/couronnes** ☐☐
   - **c. Extraites à cause de la carie ?** ☐☐
8. De quel type d'assurance dentaire le patient bénéficie-t-il ? Medicaid ☐ Assurance privée ☐ Autre ☐ Aucun ☐

Nom du fournisseur de soins dentaires _____ Tampon du cabinet dentaire

Signature du fournisseur de soins dentaires _____

Date de l'examen dentaire _____

Le présent formulaire remplace l'ancienne version du formulaire du DC relatif à l'évaluation de la santé bucco-dentaire et utilisé pour l'admission dans les écoles, dans tous les programmes Head Start et les garderies du DC. Ce formulaire est un document classé confidentiel et approuvé par le DC Health. La confidentialité est garantie par la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPPA) dans le cas des fournisseurs de soins de santé et à la Family Education Right and Privacy Act (FERPA) pour les écoles du DC et les autres fournisseurs.