

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

Éducation des adultes

Classe	Garderie	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 3. Le patient a-t-il au moins une molaire permanente dont le scellant est partiellement ou totalement maintenu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 5. Le patient ressent-il une douleur, un abcès ou un gonflement dentaire ? (Besoin de soins urgents) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 6. Combien de dents de lait dans la bouche du patient sont atteintes de caries ? Qu'elles soient :
a. Non traitées <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>
b. Traitées par des obturations/couronnes ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 7. Combien de dents définitives dans la bouche du patient sont atteintes de caries ? Qu'elles soient :
a. Non traitées <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>
b. Traitées par des obturations/couronnes <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>
c. Extraites à cause de la carie ? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 8. De quel type d'assurance dentaire le patient bénéficie-t-il ? | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Assurance privée | <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> 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 of 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.