

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE SCELLANTS DENTAIRES
À L'ÉCOLE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

*Formulaire
à remplir
et retourner
avant le :*

Services dentaires offerts à l'école par la santé publique pour prévenir la carie dentaire

Feuillet d'information à l'intention des parents



Bonjour,

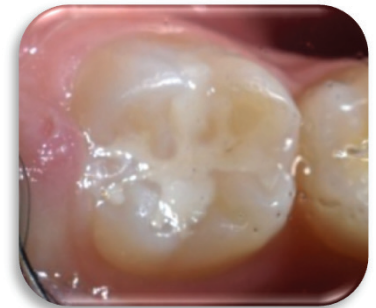
À la suite de la rencontre avec l'hygiéniste dentaire de santé publique, nous sommes heureux de vous offrir les services ci-dessous pour prévenir la carie dentaire. Si vous acceptez, l'hygiéniste dentaire se déplacera à l'école pour offrir les services dentaires **GRATUITS**.

Ce que vous devez faire

- Lire l'information à propos des services dentaires offerts vis-à-vis le ou les paragraphe(s) qui sont cochés ✓.
- Compléter le formulaire de consentement ou de refus des services dentaires de santé publique.
- Si vous acceptez les services dentaires, compléter le questionnaire médical (dernière page, verso). Si vous refusez, ne pas compléter le questionnaire médical.
- Découper la dernière page et la retourner au responsable du groupe.

☐ Application de scellants dentaires

Le scellant dentaire est un produit appliqué sur la surface des dents d'adulte pour les rendre plus lisses et faciles à nettoyer. Le scellant est un produit de résine ou de verre ionomère. Son application est simple et ne nécessite pas d'engourdir la dent. La rencontre dure environ 30 minutes, pendant les heures de classe. Il n'y a aucun effet secondaire. Il est possible que l'hygiéniste dentaire revienne à l'école pour revoir l'état des scellants dentaires l'an prochain.



☐ Application de fluorure diamine d'argent

Une ou plusieurs dent(s) de bébé présente(nt) des signes de carie avancée. Il faut aller voir votre dentiste prochainement. En attendant, il est recommandé d'appliquer sur cette dent un produit de « fluorure diamine d'argent ». Il s'agit d'une goutte de liquide que l'on dépose sur la dent dans le but de ralentir ou d'arrêter la progression d'une carie dentaire. La région traitée deviendra de couleur noire. Il s'agit d'une dent de bébé située au fond de la bouche. Il peut aussi y avoir un goût métallique qui dure quelques heures seulement. Ce service est bénéfique et complémentaire aux services que vous recevrez par la suite chez votre dentiste.





DT9323

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS SERVICES DENTAIRES DE SANTÉ PUBLIQUE

Remplir toutes les sections ombragées

Nom de l'enfant ou de l'élève				
Prénom de l'enfant ou de l'élève				
N° d'assurance maladie		Année		Mois
		Expiration		
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe ☐ M ☐ F
Adresse (N°, rue)				
Ville			Code postal	

Renseignements complémentaires	
Nom et prénom du parent 1	Nom et prénom du parent 2
Téléphone 1 pour vous rejoindre	Téléphone 2 pour vous rejoindre
Nom de l'école	
Numéro du groupe ou nom du responsable du groupe	

Consentement ou refus
Seulement le parent, le tuteur légal ou la personne elle-même (si âgée de 14 ans et plus et apte à consentir) peut compléter ce formulaire. En acceptant les services dentaires identifiés dans ce feuillet d'information, vous acceptez que les renseignements recueillis lors de la rencontre avec l'hygiéniste dentaire de santé publique ainsi que les renseignements du questionnaire médical soient conservés de façon confidentielle dans l'établissement où travaille l'hygiéniste dentaire de santé publique. Je reconnais avoir lu le feuillet d'information et avoir pris connaissance de l'information sur la protection des renseignements personnels, Je sais que je suis libre d'accepter ou de refuser les services dentaires offerts à l'école. Veillez indiquer si vous acceptez ou refusez le service coché ✓ Si le service dentaire n'est pas coché, cela ne s'applique pas à vous. ☐ Les scellants dentaires : ☐ J'ACCEPTÉ l'application de scellant(s) dentaire(s). ☐ JE REFUSE l'application de scellant(s) dentaire(s). ☐ Le fluorure diamine d'argent : ☐ J'ACCEPTÉ l'application de fluorure diamine d'argent. ☐ JE REFUSE l'application de fluorure diamine d'argent. Votre nom : Signature : Vous êtes : ☐ Le parent ou le tuteur légal ☐ L'élève de 14 ans et plus Date : Année Mois Jour

VERSO

Nom de l'élève

N° de dossier



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(À remplir si vous acceptez les services)

1. Est-ce que l'élève souffre de :

• Asthme ?

☐ Oui ☐ Non

• Diabète ?

☐ Oui ☐ Non

• Épilepsie ?

☐ Oui ☐ Non

• Autres conditions ?

☐ Oui ☐ Non

• Précisez :

2. A-t-il des allergies :

• À l'argent (le métal) ?

☐ Oui ☐ Non

• Au latex ?

☐ Oui ☐ Non

• Autres allergies ?

☐ Oui ☐ Non

• Précisez :

Autres informations :

Année

Mois

Jour

X

Signature du parent, du tuteur ou de l'élève de 14 ans et plus