



Formulaire  
à remplir  
à l'intérieur

# Suivi dentaire préventif à l'école

Feuillelet d'information à l'intention des parents





# Suivi dentaire préventif à l'école

Chers parents,

**Votre enfant est admissible** au suivi dentaire préventif à l'école dans le but d'améliorer sa santé dentaire. Ce service est offert par l'hygiéniste dentaire de santé publique rattachée à l'école de votre enfant.

## Qu'est-ce que le suivi dentaire préventif à l'école?

Le suivi dentaire préventif à l'école :

- est composé de différents services offerts de la maternelle jusqu'à la 2<sup>e</sup> année ;
- est réalisé pendant les heures de classe et dure environ 30 minutes ;
- est gratuit.

## Quels sont les services offerts?

L'hygiéniste dentaire de santé publique rencontre les enfants admissibles de façon individuelle d'une à trois fois par année selon les ressources disponibles et les besoins de l'enfant.

Lors de ces rencontres, l'hygiéniste dentaire :

- vérifie la santé des dents de l'enfant ;
- signale aux parents la présence d'un problème dentaire et le besoin de consulter un dentiste ;
- encourage l'enfant à améliorer son hygiène dentaire (ex. : le brossage des dents avec un dentifrice fluoré et l'utilisation de la soie dentaire) ;
- discute avec l'enfant des saines habitudes alimentaires (ex. : les aliments bons pour les dents et la santé) ;
- applique du fluorure pour renforcer l'émail des dents ;
- peut appliquer du scellant dentaire.

## Qu'est-ce que le scellant dentaire?

Le scellant dentaire est un produit qui ressemble à du plastique. Ce produit est appliqué en mince couche sur la surface inégale des molaires d'adulte pour les rendre moins à risque de carie dentaire. Les molaires d'adulte sont les grosses dents situées au fond de la bouche. Ces dents sont jugées à risque élevé de carie dentaire parce qu'elles sont plus difficiles à atteindre lors du brossage des dents par l'enfant.

L'hygiéniste dentaire de santé publique peut aussi appliquer du scellant sur d'autres dents jugées à risque élevé de carie dentaire.

L'application du scellant est simple, n'entraîne pas d'effets secondaires et se fait en une seule rencontre de moins d'une heure.



Exemple de dent scellée

## Quand appliquer le scellant dentaire?

L'idéal est d'appliquer le scellant dentaire aussitôt que les premières molaires d'adulte (les grosses dents situées au fond de la bouche) sont sorties. Généralement, les premières molaires d'adulte sortent entre l'âge de 5 et 8 ans.

## Est-ce que la qualité du scellant appliqué sera vérifiée?

Il est possible que l'hygiéniste dentaire de santé publique rencontre l'enfant un ou deux ans après avoir appliqué le scellant pour évaluer sa qualité et le corriger si nécessaire. Corriger le scellant consiste à remplacer le scellant actuel ou à en rajouter.

## Est-ce que les renseignements recueillis seront confidentiels?

Oui. Tous les renseignements recueillis seront conservés de façon confidentielle dans l'établissement où travaille l'hygiéniste dentaire de santé publique. Ces renseignements pourront servir à évaluer et à améliorer les services dentaires offerts à l'école.

## Est-ce que je peux refuser que mon enfant participe au suivi dentaire préventif?

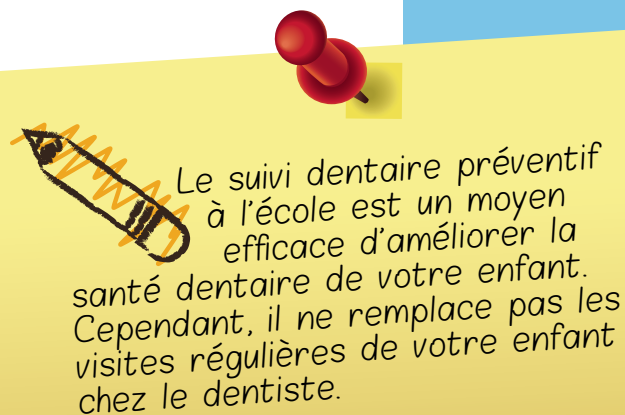
Vous êtes libre d'accepter ou non que votre enfant participe au suivi dentaire préventif à l'école.

**Pour nous faire part de votre décision, vous devez :**

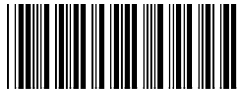
- **remplir et signer le formulaire de consentement ou de refus ci-joint ;**
- **retourner ce formulaire rempli et signé dans les trois prochains jours à l'enseignant de votre enfant.**

**Si vous acceptez :**

- vous serez informé des services reçus par votre enfant à chacune de ses rencontres avec l'hygiéniste dentaire de santé publique ;
- vous pourrez retirer votre enfant du suivi dentaire préventif en tout temps en communiquant avec l'hygiéniste dentaire de santé publique aux coordonnées indiquées dans la lettre d'information ci-jointe.



Le suivi dentaire préventif à l'école est un moyen efficace d'améliorer la santé dentaire de votre enfant. Cependant, il ne remplace pas les visites régulières de votre enfant chez le dentiste.



DT9322

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS Suivi dentaire préventif à l'école

Nom de l'enfant			
Prénom de l'enfant			
N° d'assurance maladie		Année Mois	
		Expiration	
Date de naissance		Sexe	
Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse (N°, rue)			
Ville		Code postal	

**Veillez remplir toutes les sections ombragées de ce formulaire**

Renseignements complémentaires	
Nom et prénom du parent 1	Nom et prénom du parent 2
Nom de l'école	
Nom de l'enseignant et numéro de groupe	

Suivi dentaire préventif à l'école
<p>En acceptant que votre enfant participe au suivi dentaire préventif à l'école, vous acceptez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Que votre enfant reçoive gratuitement à l'école les services dentaires qui sont mentionnés dans le feuillet d'information joint à ce formulaire.</li> <li>– Que les renseignements recueillis lors des rencontres avec l'hygiéniste dentaire de santé publique (ex. : résultats du dépistage dentaire et état de santé dentaire) ainsi que les renseignements du questionnaire médical soient conservés de façon confidentielle dans l'établissement où travaille l'hygiéniste dentaire.</li> <li>– Qu'en cas de changement d'école, que le nom et l'année scolaire de votre enfant ainsi que les renseignements recueillis lors de ses rencontres avec l'hygiéniste dentaire de santé publique soient transmis à l'hygiéniste dentaire de santé publique de la nouvelle école afin que votre enfant puisse continuer de recevoir les services dentaires.</li> </ul>

Consentement ou refus									
<p>Je reconnais avoir lu le feuillet d'information à l'intention des parents sur le suivi dentaire préventif à l'école et avoir pris connaissance de l'information sur la protection des renseignements personnels. Je sais que je suis libre d'accepter ou non que mon enfant participe au suivi dentaire préventif à l'école.</p> <p> <input type="checkbox"/> <b>J'ACCEPTÉ</b> que mon enfant participe au suivi dentaire préventif à l'école (veuillez aussi remplir le questionnaire médical au verso).         </p> <p> <input type="checkbox"/> <b>JE REFUSE</b> que mon enfant participe au suivi dentaire préventif à l'école.         </p> <p>Nom et prénom du parent ou du tuteur : _____ (en lettres moulées)</p> <p>Numéros de téléphone du parent ou du tuteur :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Résidence</td> <td style="width: 33%;">Bureau</td> <td style="width: 33%;">Cellulaire</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ind. rég.    Numéro</td> <td>Ind. rég.    Numéro    N° de poste</td> <td>Ind. rég.    Numéro</td> </tr> </table> <p>X _____ Signature du parent ou du tuteur</p> <p>Date _____ Année    Mois    Jour</p>	Résidence	Bureau	Cellulaire	_____	_____	_____	Ind. rég.    Numéro	Ind. rég.    Numéro    N° de poste	Ind. rég.    Numéro
Résidence	Bureau	Cellulaire							
_____	_____	_____							
Ind. rég.    Numéro	Ind. rég.    Numéro    N° de poste	Ind. rég.    Numéro							

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

### Remplir toutes les sections

<p>1. Votre enfant a-t-il consulté un médecin au cours de la dernière année?</p> <p>Si oui, pourquoi? _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>2. Votre enfant prend-il <b>présentement</b> des médicaments?</p> <p>Si oui, lesquels? _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>3. Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles cardiaques?</li> <li>• Troubles de saignement (hémophilie, saignements prolongés)?</li> <li>• Diabète?</li> <li>• Épilepsie?</li> <li>• Asthme?</li> <li>• Autres maladies?</li> </ul> <p>Précisez : _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>4. Votre enfant souffre-t-il d'allergies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À des aliments?</li> </ul> <p>Si oui, lesquels? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À la colophane (pansements adhésifs, ruban gommé)?</li> <li>• Au latex?</li> <li>• À l'acrylique?</li> <li>• Au colorant alimentaire?</li> <li>• À autres choses?</li> </ul> <p>Précisez : _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Si la condition médicale de votre enfant change,  
veuillez en informer l'hygiéniste dentaire de santé publique.**

X \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

Date \_\_\_\_\_  
Année    Mois    Jour

