

G. Formulaire d'examen dentaire - à être complété par le dentiste généraliste du candidat

Afin de procéder à la demande de traitement orthodontique du candidat par l'entremise de Smiles4Canada, nous demandons que le dentiste généraliste du candidat complète le présent formulaire. Ceci nous assure que les dents du candidat sont en santé et que son hygiène buccale est adéquate pour compléter un traitement orthodontique.

Smiles4Canada est un programme de la Fondation Canadienne pour l'avancement de l'orthodontie (FCAO), en collaboration avec l'Association canadienne des orthodontistes (ACO). Ce programme offre un accès aux soins orthodontiques aux jeunes Canadiens à faible revenu, qui ne pourraient pas autrement profiter de tels traitements. Les demandes sont évaluées par un Comité régional, qui analyse le statut financier de la famille, la sévérité des problèmes dentaires, ainsi que le caractère et la personnalité du candidat. Le traitement orthodontique est fourni par des orthodontistes participant au programme, qui ont accepté d'offrir leurs services dans le cadre de cette noble cause. Le patient paie un léger frais administratif pour le traitement, généralement de moins de 10% de ce qu'il paierait normalement pour tels soins orthodontiques. Les orthodontistes participant au programme ne reçoivent aucune compensation autre que la satisfaction d'aider un jeune Canadien méritant. Nous sollicitons donc votre opinion pour déterminer si la dentition du candidat est adéquate pour un traitement orthodontique. Veuillez répondre aux questions suivantes et remettre le formulaire au candidat.

Nom du patient : _____

Nom du dentiste : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Depuis quand ce patient est-il sous vos soins? _____

Dernier nettoyage/examen : _____

Évaluez le taux historique de caries du patient : *Très bas* *Bas* *Moyen* *Haut* *Très haut*

Le patient a-t-il des caries présentement? Oui Non

Évaluez l'hygiène buccale du patient : *Très mauvaise* *Mauvaise* *Moyenne* *Bonne* *Très bonne*

La santé et l'hygiène buccales du patient sont-elles adéquates pour un traitement orthodontique? Oui Non

Recommanderiez-vous ce patient pour recevoir un traitement par l'entremise de Smiles4Canada? Oui Non

Évaluez la malocclusion du patient : Sévère Modérée Non sévère

Surocclusion / Sous-occlusion? _____

Classe de molaires? _____

Le patient a-t-il besoin d'une chirurgie avant le traitement orthodontique? Oui Non Type : _____

Avez-vous d'autres informations à partager avec le Comité dans l'évaluation du cas de ce patient?

Signature du dentiste

Date _____



**Un programme de la Fondation canadienne
pour l'avancement de l'orthodontie**

2800, 14e Avenue, Bureau 210, Markham, Ontario

L3R 0E4 Courriel :

administration@smiles4canada.ca

Tél: 416-491-3186