

G. Dental Examination Form - to be Completed by the Candidate's General Dentist

Afin de procéder au 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 : _____ Adresse courriel : _____

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

Date du dernier examen? _____

(La date du dernier examen ne peut en aucun cas être antérieure au 1 novembre 2022)

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

Si OUI, quel est le plan de restauration dentaire? _____

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

Veuillez indiquer la classification molaire du patient:

- Classe I Classe II plus d'une demi-cuspide Classe II moins d'une demi-cuspide
 Classe III plus d'une demi-cuspide Classe III moins d'une demi-cuspide

Les arcades dentaires sont-elles: *Encombrées* Sévère Modéré Léger

Espacées Sévère Modéré Léger

Est-ce qu'il y a présence d'occlusion(s) croisée(s) postérieure(s)? Oui Non

Quelle est le degré du surplomb vertical Béance antérieure Minimal Normal Excessif

Les incisives inférieures contactent-elles la muqueuse gingivale au palais? Oui Non

Signature du dentiste

Date _____



Un programme de la Fondation canadienne pour
l'avancement de l'orthodontie
200 rue Consumers, Bureau 800, Toronto, ON M2J 4R4
Courriel : administration@smiles4canada.ca
Tél : 416-491-3186