



FORMULAIRE DE PREUVE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

La loi de l'Illinois (Child Health Examination Code, 77 Ill. Adm. Code 665) stipule que tous les élèves de maternelle, de deuxième, sixième et neuvième année scolaire des écoles publiques, privées ou paroissiales doivent subir un examen dentaire. L'examen doit avoir eu lieu dans les 18 mois précédant le 15 mai de l'année scolaire. L'examen doit être effectué par un dentiste agréé, qui doit signer et dater le présent formulaire de preuve d'examen dentaire scolaire. Si vous n'êtes pas en mesure de faire faire cet examen obligatoire pour votre enfant, remplissez un formulaire séparé de dispense d'examen dentaire.

Cet examen important vous permettra de savoir s'il existe des problèmes dentaires nécessitant l'attention d'un dentiste. Les enfants ont besoin d'une bonne santé buccodentaire pour parler avec confiance, s'exprimer, être en bonne santé et être prêts à apprendre. La mauvaise santé buccodentaire est liée à de faibles résultats scolaires, de mauvaises relations sociales et à une réussite moindre plus tard dans la vie. C'est la raison pour laquelle nous vous remercions de bien vouloir contribuer ainsi à la santé et au bien-être de votre enfant.

À remplir par le parent ou le tuteur (en caractères d'imprimerie)

Nom de l'élève :	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance : (Mois/jour/an) / /
Adresse :		Code postal	postal
Nom de l'école :		Code postal	Niveau scolaire :
Parent ou tuteur : Nom		Prénom	
Sélectionnez parmi les catégories ethno-raciales générales ci-dessous celle qui marque clairement l'appartenance de l'élève à sa communauté ou celle à laquelle l'élève s'identifie le plus.			
<input type="checkbox"/> Blanc		<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain	<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino
<input type="checkbox"/> Amérindien ou autochtone de l'Alaska		<input type="checkbox"/> Autochtone de Hawaï ou des îles du Pacifique	
Deux catégories raciales ou plus			

À remplir par le dentiste

Date du dernier examen : _____ (Cochez tous les services fournis à cette date)
 Nettoyage dentaire Produit d'étanchéité Traitement au fluorure Restauration des dents dues à des caries

État de santé buccodentaire (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Oui Non **Présence de scellants dentaires sur les molaires définitives**
- Oui Non **Prévalence de caries / Antécédents de restauration** — Une obturation (temporaire/permanente) OU une dent manquante parce qu'elle a été extraite en raison de caries OU de l'absence de premières molaires définitives.
- Oui Non **Caries non traitées** — Perte d'au moins 1/2 mm de structure dentaire à la surface de l'émail. Coloration brune à brun foncé des parois de la lésion. Ces critères s'appliquent aux lésions cariées dans les trous et les fissures ainsi qu'aux surfaces lisses des dents. Si la racine est maintenue, on suppose que la dent entière a été détruite par des caries. Les dents cassées ou ébréchées, ainsi que les dents à obturation temporaire, sont considérées comme saines, à moins qu'il n'existe également une lésion cariée.
- Oui Non **Traitement urgent** — abcès, nerf exposé, état pathologique avancé, signes ou symptômes incluant douleur, infection ou gonflement.

Traitement nécessaire (cochez toutes les réponses qui s'appliquent). Veuillez indiquer la date du rendez-vous ou la date de fin de traitement la plus récente.

- Soins réparateurs** — amalgames, composites, couronnes, etc. Date du rendez-vous : _
- Soins préventifs** — scellants, traitement au fluorure, prophylaxie Date du rendez-vous : _
- Recommandation d'un dentiste pédiatrique** Date de fin du traitement : _

Adresse du cabinet dentaire :

Numéro de téléphone du cabinet :

Signature du dentiste

Date

Département de la santé publique de l'Illinois, Division de la santé buccodentaire

217-785-4899 • ATS (pour malentendants seulement) 800-547-0466 • www.dph.illinois.gov IOCI 0600-10 Imprimé par le gouvernement de l'État de

l'Illinois Mis à jour en 07/2021

