



## FORMULAIRE DE PREUVE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

La Loi de l'Illinois (Code d'examen de santé des enfants, 77 Ill. Adm. Code 665) stipule que tous les enfants de la maternelle et des deuxième, sixième et neuvième années de toute école publique, privée ou paroissiale doivent faire l'objet d'un examen dentaire. L'examen doit avoir eu lieu dans les 18 mois précédant le 15 mai de l'année scolaire. Un dentiste agréé doit réaliser l'examen, signer et dater ce formulaire de preuve d'examen dentaire scolaire. Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir cet examen obligatoire pour votre enfant, remplissez un formulaire de dispense d'examen dentaire distinct.

Cet examen important vous permettra de savoir s'il existe des problèmes dentaires nécessitant l'intervention d'un dentiste. Les enfants nécessitent une bonne santé bucco-dentaire pour parler avec confiance, s'exprimer, être en bonne santé et prêts à apprendre. Une mauvaise santé bucco-dentaire est associée à de mauvais résultats scolaires, à de mauvaises relations sociales et à une moindre réussite plus tard dans la vie. C'est pourquoi nous vous remercions de contribuer ainsi à la santé et au bien-être de votre enfant.

### À remplir par le parent ou le tuteur (en majuscules) :

Nom de l'élève :	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance : (Mois/Jour/Année)
Adresse :	Rue	Ville		Code postal
Nom de l'établissement :	Code postal	Niveau scolaire :	Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Parent ou tuteur :	Nom de famille	Prénom		
Origine raciale/ethnique de l'élève :				
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Noir/Afro-américain	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino	<input type="checkbox"/> Asiatique	
<input type="checkbox"/> Amérindien	<input type="checkbox"/> Originaire d'Hawaï/des îles du Pacifique	<input type="checkbox"/> Origines mixtes	<input type="checkbox"/> Inconnu	
<input type="checkbox"/> Autre				

### To be completed by dentist:

Date of Most Recent Examination: \_\_\_\_\_ (Check all services provided at this examination date)

Dental Cleaning     Sealant     Fluoride treatment     Silver Diamine Fluoride     Restoration of teeth due to caries

### Oral Health Status (check all that apply)

Yes     No

**Dental Sealants Present on Permanent Molars**

Yes     No

**Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

Yes     No

**Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

Yes     No

**Urgent Treatment** — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

**Treatment Needs (check all that apply). For Head Start Agencies, please also list appointment date or date of most recent treatment completion date.**

**Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc.

Appointment Date: \_\_\_\_\_

**Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis

Appointment Date: \_\_\_\_\_

**Pediatric Dentist Referral Recommended**

Treatment Completion Date: \_\_\_\_\_

Office Address \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Signature of Dentist \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

