

REPLIR À L'ENCRE

Formulaire de consentement pour les soins dentaires offerts par le ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM

Services offerts par :

Veuillez remplir et remettre à l'école (seulement si vous SOUHAITEZ recevoir ces services)

NOM DE L'ÉCOLE (ou de la foire sur la santé) :

ENSEIGNANT.E :

CLASSE :

COMTE :



Miles of Smiles, Ltd.

2424 N 8th St

Pekin, IL 61554-1547

309-382-6404

AVEZ-VOUS UN.E DENTISTE ? OUI / NON**NOM DU/DE LA DENTISTE :****DATE DE LA CONSULTATION :**-----
VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES SEULEMENT SI VOUS SOUHAITEZ QUE CES SERVICES DENTAIRES**soient offerts par Miles of Smiles, Ltd à l'école.**

Cher parent ou tuteur.ice,

Miles of Smiles, Ltd. et le Département de la santé et des services à la famille de l'Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services) ont fait en sorte que les enfants éligibles puissent recevoir des services dentaires. Ces services peuvent inclure une consultation/évaluation, une prophylaxie, un traitement au fluorure et l'application de résine (une couche protectrice sur les surfaces masticatrices des dents postérieures). Des dentistes agréé.e.s ou des hygiénistes dentaires agréé.e.s et certifié.e.s en santé publique, des hygiénistes dentaires agréé.e.s (enregistré.e.s), ainsi que des assistant.e.s dentaires viendront à l'école de votre enfant munis d'équipements portables. Pour que votre enfant puisse recevoir ces services, vous devez **FOURNIR TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES CI-DESSOUS ET SIGNER DANS L'ESPACE INDIQUÉ.**

NOM LÉGAL DE VOTRE ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : MM / JJ / AAAA

ADRESSE :

GENRE : M F

VILLE / CODE POSTAL :

NO. DE TÉLÉPHONE :

VOTRE ENFANT EST INSCRIT.E AU PROGRAMME 'Medicaid/All Kids' :

 OUI ou NONSI OUI, VEUILLEZ INDIQUER SON **NUMÉRO DE BÉNÉFICIAIRE :******Medicaid/All Kids sera facturé****

(NUMÉRO D'IDENTIFICATION AU VERSO DE LA CARTE MEDI-PLAN)

VOTRE ENFANT EST-IL/ELLE COUVERT.E PAR UNE ASSURANCE

 OUI ou NON(si le formulaire est incomplet, seules les classes de maternelle, de 2^e année et de 6^e année sont éligibles pour une consultation)**DENTAIRE PRIVÉE :**Si OUI, veuillez remplir **TOUTES** les informations concernant l'assurance ci-dessous : **(L'ASSUREUR DENTAIRE SERA FACTURÉ)**Nom de l'assureur **dentaire** :Adresse de l'assureur **dentaire** (État) :No d'identification ou de SS **du.de la membre/de l'employé.e :****No de police ou de groupe** d'assurance **dentaire** :Nom **du.de la membre/de l'employé.e :**Date de naissance **du.de la membre/de l'employé.e** : Adresse

du.de la membre/de l'employé.e (si différente de celle de l'enfant) :

INFORMATIONS MÉDICALES : Problèmes de santé chez votre enfant : <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON	
Veuillez cocher ci-dessous tout ce qui s'applique :	
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Hépatite
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Souffle au cœur actuel	
<input type="checkbox"/> Problème sanguin	
<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu ou cardiaque	
Prémédication antibiotique nécessaire ? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON	Si oui, veuillez indiquer :
Votre enfant prend des médicaments ? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON Si oui, veuillez donner la liste : Votre enfant est allergique à l'argent ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Votre enfant souffre d'allergies ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, veuillez donner la liste Votre enfant a d'autres problèmes médicaux et/ou besoins spécifiques ? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON	

NOUVEAU : Autorisation pour le fluorure diamine d'argent (SDF), un nouveau traitement dentaire contre les caries !

Avantages du SDF : Les caries dentaires sont courantes chez les enfants, mais il existe maintenant un choix autre que la procédure traditionnelle avec la fraise, appelé fluorure diamine d'argent (SDF). Le SDF est un liquide antibiotique approuvé par la FDA, utilisé pour aider à empêcher les caries de se former, de se développer ou de se propager à d'autres dents. Le SDF est appliqué à l'aide d'une brosse.

Autres choix :

*sans traitement, la dent pourrait

continuer à se détériorer et faire mal ;

*autres options : plombage, couronne, extraction.

Risques : *Le traitement au SDF pourrait ne pas éliminer la nécessité d'un plombage traditionnel ;

*Il est normal que le SDF tache en foncé la carie, c'est la preuve qu'il fonctionne ;

*Les parties saines de la dent ne se tacheront pas ; *Peut laisser un goût métallique temporaire ;

*Le contact avec la peau peut causer une tache temporaire inoffensive, qui devrait disparaître d'ici une semaine.

J'atteste avoir lu et bien compris les informations sur l'application du SDF. Je comprends les risques possibles liés au traitement au SDF et confirme qu'il n'y a aucune contre-indication à son usage. **Je consens à l'application du SDF si elle s'avère recommandée.

****SIGNATURE** Consentement pour le SDF :**DATE :******IMPORTANT : LES SIGNATURES DES PARENTS/TUTEURS SONT OBLIGATOIRES (SEULEMENT SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR CES SERVICES)**

Je suis le parent ayant la garde ou le tuteur.ice légal.e de l'enfant nommé.e ci-dessus. **Je donne mon autorisation et mon consentement pour que cet.e enfant reçoive le traitement dentaire décrit, et donne la permission à l'infirmier.ère scolaire, au.à la représentant.e de l'école ainsi qu'au prestataire de soins dentaires d'accéder au dossier dentaire de l'enfant.**

Par la présente, vous donnez également la permission au Département de la santé publique de l'Illinois de procéder à des audits d'assurance qualité par l'évaluation de la résine appliquée à votre enfant à l'école. Cette permission permettra aussi le remplacement du mastic par le prestataire, si cela s'avère nécessaire. Dans la mesure permise par la loi, je consens à l'utilisation et à la divulgation des données de santé protégées de l'enfant mineur.e, afin de procéder aux activités de paiement liées à cette demande d'indemnisation. Par la présente, **j'autorise et donne instruction de payer directement** les indemnités d'assurance dentaire à Miles of Smiles, Ltd.

****SIGNATURE :****NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :****DATE :**

SI VOUS AVEZ UN.E DENTISTE, ALLEZ LE.LA VOIR POUR VOS SOINS DENTAIRE ! INITIALES DU/DE LA DDS/DMD/PHDH : _ INITIALES DU/DE LA RDH : _

**Before SDF
AVANT LE SDF****After SDF
APRÈS LE SDF**