

Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		Code postal
Nom du père ou de la mère/tuteur	Tél. (travail)	Tél. (domicile)
Nom du père ou de la mère/tuteur	Tél. (travail)	Tél. (domicile)
Courriel		

Antécédents scolaires

Quelle est la dernière école fréquentée par votre enfant?	Quelle école votre enfant fréquente-t-il cette année?	Niveau
Votre enfant a-t-il déjà été inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Antécédents médicaux

Votre enfant est-il suivi par un médecin pour le traitement d'une maladie? Oui Non

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments? Oui Non
 Si oui, indiquez lesquels : _____

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé? Oui Non
 Si oui, indiquez les dates et les raisons de son hospitalisation : _____

Votre enfant fume-t-il ou consomme-t-il des produits du tabac? Oui Non

Votre médecin vous a-t-il avisé que votre enfant doit prendre des antibiotiques avant de subir une intervention chirurgicale ou un traitement dentaire? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle enceinte? Oui Non

Indiquez si votre enfant souffre ou a déjà souffert...

<input type="checkbox"/> de réactions à un traitement dentaire	<input type="checkbox"/> d'une maladie du foie (ex. hépatite, jaunisse)	<input type="checkbox"/> d'épilepsie
<input type="checkbox"/> de fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> d'une maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/> de diabète
<input type="checkbox"/> de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> d'allergies (ex. aliments, médicaments, latex, abeilles)	<input type="checkbox"/> d'asthme
<input type="checkbox"/> de saignements anormaux	<input type="checkbox"/> d'une maladie du rein	<input type="checkbox"/> d'hypertension
<input type="checkbox"/> d'un cancer (ex. leucémie)	<input type="checkbox"/> d'une maladie du cœur	
<input type="checkbox"/> d'une maladie transmissible (ex. tuberculose, ITS, VIH)		

Si vous avez répondu oui ou avez indiqué que votre enfant souffre de l'un des troubles ci-dessus, ou si votre enfant souffre de troubles médicaux ou de maladies qui ne sont pas indiqués ci-dessus (ou s'il passe actuellement des tests médicaux à ce sujet), veuillez fournir des explications :

Pour rendre la visite dentaire plus agréable, dites-nous si votre enfant éprouve des difficultés à recevoir des services dentaires (incapacités – confirmées ou non – ou difficultés comportementales). Nous pourrions vous contacter ou contacter l'enseignant de votre enfant à ce sujet afin de trouver la meilleure façon de lui fournir les services :

Votre enfant se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour? Oui Non

Utilise-t-il la soie dentaire quotidiennement? Oui Non

OUI, JE CONSENS à ce que mon enfant subisse un examen dentaire effectué par un dentiste ou thérapeute dentaire. Les services ci-dessus peuvent faire partie de l'examen. **Indiquer ceux que vous désirez que votre enfant reçoive :**

radiographies instructions d'hygiène buccodentaire nettoyage des dents

scellant dentaire traitement au fluorure

Veuillez fournir tout autre renseignement concernant le traitement de votre enfant dans le cadre de ce programme de soins dentaires : _____

À la suite de l'examen dentaire, si votre enfant a besoin d'un traitement de dentisterie restauratrice (ex. obturations, extractions), vous recevrez un formulaire de Consentement au traitement. Aucun traitement ne sera effectué sans votre consentement.

JE REFUSE que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants.

_____ AAAA/MM/JJ

Signature du parent/tuteur légal Date

Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.

Si vous avez besoin de précisions, veuillez contacter le personnel du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants, au 667-8360 ou (sans frais au Yukon) au 1-800-661-0408 (poste 8360).