

La date limite pour inscrire votre enfant au programme est le **15 octobre 2023**.
Après cette date, votre enfant n'aura plus accès au Programme.

Le 22 août 2023

Bonjour,

Vous trouverez ci-joint un exemplaire du formulaire de consentement à l'examen et aux services de prévention du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants visant l'année scolaire 2023-2024.

Le Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants offre des services gratuits aux enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 7^e année (nés en 2011 ou après) à Whitehorse, et de la maternelle à la 12^e année (nés en 2006 ou après) dans les localités où il n'y a pas de dentiste en poste. Le Programme comprend des services de diagnostic (examens, radiographies), de soins préventifs (nettoyage de dents, traitement au fluorure, application de scellant dentaire) et de soins restaurateurs (obturations, couronnes, obturation temporaire, fluorure d'argent diamine). Dans la plupart des cas, les services sont fournis à l'école de votre enfant.

Vous trouverez ci-dessous une description des services en question.

Services de diagnostic

- **Radiographies** — Les radiographies servent à produire une imagerie buccodentaire. Les radiographies servent à diagnostiquer les caries, à examiner la santé de la racine dentaire et de l'os entourant la dent, et à vérifier l'état des dents en développement. **Il n'est plus possible d'obtenir des reproductions ou des copies de radiographies par l'entremise du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants.**

Soins préventifs

- **Nettoyage des dents** — Pratique d'hygiène buccale comprenant l'élimination de la plaque dentaire et du tartre.
- **Traitement au fluorure** — Application d'un élément naturel éprouvé pour renforcer l'émail des dents et prévenir les caries.
- **Application de scellant dentaire** — Introduction d'un scellant blanc dans les sillons des molaires qui agit comme un revêtement de protection afin de prévenir les caries.

Marche à suivre pour INSCRIRE votre enfant au Programme de soins dentaires pour enfants

1. Remplissez le formulaire.
2. Cochez la case « Oui, je consens ».
3. Cochez la ou les case(s) à côté du ou des service(s) que vous désirez que votre enfant reçoive.
4. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué, au bas de la page.

Si vous NE VOULEZ PAS inscrire votre enfant au Programme de soins dentaires pour enfants

1. Indiquez le nom de votre enfant et celui de son école aux endroits appropriés.
2. Cochez la case « Je refuse ».
3. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué, au bas de la page.
4. Retournez le formulaire à l'école, postez-le à l'adresse indiquée ci-dessous ou déposez-le en personne au 9010, Quartz Road, à Whitehorse.

Si vous avez des questions au sujet du Programme, veuillez communiquer avec notre bureau principal au numéro ci-dessous ou consulter notre site Web, au yukon.ca/fr/sante-dentaire#programme-de-soins-dentaires-pour-enfants-en-milieu-scolaire.

Merci,

Les membres du personnel et de la direction
Programme de soins dentaires pour enfants du Yukon
Téléphone : 867-667-8360
Sans frais : 1-800-661-0408 ext.8360
Courriel : dentalhealth@yukon.ca

Adresse postale

Service de santé dentaire
Santé et Affaires sociales (HD-1)
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6



PROGRAMME YUKONNAIS DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS
CONSENTEMENT À L'EXAMEN ET AUX SERVICES DE PRÉVENTION
INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

Renseignements sur l'enfant			
Nom de l'enfant			Date de naissance AAAA / MM / JJ
Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse			Code postal
Nom du père ou de la mère/tuteur	Tél. (cellulaire)	Tél. (travail)	Tél. (domicile)
Nom du père ou de la mère/tuteur	Tél. (cellulaire)	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 ou d'un trouble médical? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : _____			
Votre enfant prend-il actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez lesquels : _____			
Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Est-ce que votre enfant est enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 transmissible (ex. tuberculose, ITS, VIH)	<input type="checkbox"/> d'allergies (ex. aliments, médicaments, latex, abeilles, produits laitiers, argent)	
<input type="checkbox"/> de fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> d'une maladie du foie (ex. hépatite, jaunisse)	<input type="checkbox"/> d'épilepsie	
<input type="checkbox"/> de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> d'une maladie du rein	<input type="checkbox"/> de diabète	
<input type="checkbox"/> de saignements anormaux	<input type="checkbox"/> d'une maladie du cœur	<input type="checkbox"/> d'asthme	
<input type="checkbox"/> d'un cancer (ex. leucémie)		<input type="checkbox"/> d'hypertension	
<input type="checkbox"/> d'une maladie thyroïdienne			
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Utilise-t-il la soie dentaire quotidiennement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> radiographies <input type="checkbox"/> nettoyage des dents <input type="checkbox"/> scellant dentaire <input type="checkbox"/> traitement au fluorure Veuillez fournir tout autre renseignement concernant le traitement de votre enfant dans le cadre de ce programme de soins dentaires: _____ _____			
<i>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.</i>			
<input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants.			
SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL			DATE AAAA / MM / JJ

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

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le personnel du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants, au 867-667-8360 (sans frais au 1-800-661-0408, poste 8360), ou à dentalhealth@yukon.ca.

YG(4819HSS) Rev.07/2023

Ce formulaire doit être retourné à l'école.