

Royaume de Belgique

DENTISTES

Demande d'agrément comme **maître de stage**
et d'agrément du **lieu de stage**
pour le candidat "**DENTISTE GENERALISTE**"

Première demande

Partie 1: Renseignements concernant le candidat maître de stage:

1.1. Renseignements personnels:

- Nom (comme indiqué sur la carte d'identité):

.....

Nom (comme indiqué sur le diplôme, *seulement s'il est différent de la carte d'identité*):

.....

- Prénoms:.....

1.2 Numéro du registre national:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.3 Numéro d'inscription à l'INAMI :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.4 Disposez-vous d'un minimum de 6 années d'expérience pratique comme dentiste?

Oui

Non

1.5. Activités de formation continue au cours des 5 dernières années:

- Si vous étiez complètement accrédité pendant les 5 dernières années, vous ne devez fournir aucune preuve de votre formation continue.
- Si vous n'étiez pas accrédité ou accrédité incomplètement pendant les 5 dernières années, vous devez fournir **en annexe** les preuves de la formation continue suivie: (preuve d'inscription, preuve de paiement, nom de l'organisateur, nombre d'heures, domaine,... etc.), durant les années non-accréditées

Partie 2: Renseignements concernant le lieu de stage:

2.1. Dénomination et adresse(s) du(des) lieu(x) de stage

2.1.1. Premier O ou Unique O

Adresse du cabinet où le stagiaire pourra travailler:

- Adresse :.....
- Téléphone:.....
- Adresse e-mail :.....

Si vous n'exercez pas comme personne physique

- Nom/dénomination:

Sorte de pratique	Société	(Poly)clinique	Autre
Forme juridique			
Numéro d'entreprise			
Nom de l'exploitant			

- *Entourer ce qui s'applique et compléter la sorte de pratique choisie dans la colonne concernée*
- *Si vous n'êtes pas gérant/propriétaire de la(les) pratique(s), indiquez le nom du gérant/propriétaire, avec son autorisation de travail clinique autonome au stagiaire*
- *Sans objet*

2.1.2. Deuxième adresse du cabinet où le stagiaire pourra travailler

- Adresse :.....
- Téléphone:.....
- Adresse e-mail :.....

Si vous n'exercez pas comme personne physique

- Nom/dénomination:

Sorte de pratique	Société	(Poly)clinique	Autre
Forme juridique			
Numéro d'entreprise			
Nom de l'exploitant			

- *Entourer ce qui s'applique et compléter la sorte de pratique choisie dans la colonne concernée*
- *Si vous n'êtes pas gérant/propriétaire de la(les) pratique(s), indiquez le nom du gérant/propriétaire, avec son autorisation de travail clinique autonome au stagiaire*

** En cas d'adresses de cabinets supplémentaires, veuillez les ajouter dans une annexe.*

2.2. Nature de la pratique dans les adresses de pratique proposées:

2.2.1. Forme

Adresse de pratique 1

Pratique individuelle

Pratique de groupe

Adresse de pratique 2

Pratique individuelle

Pratique de groupe

Dans le cas d'adresses de pratique supplémentaires, veuillez ajouter leurs données dans une annexe.

2.2.2. S'il s'agit d'une pratique de groupe:

2.2.2.1. De combien de collègues le cabinet est-il composé? (attention: candidat maître de stage inclus)?

▪ Dans l'adresse de pratique 1:

▪ Dans l'adresse de pratique 2:

** Dans le cas d'adresses de pratique supplémentaires, veuillez ajouter leurs données dans une annexe.*

2.2.2.2. Nom des collègues, nature de leur activité et activité en nombre de demi-journées (ou d'heures de travail) par semaine; et, *le cas échéant*: maître de stage ou candidat maître de stage

** Pour davantage de collègues, veuillez ajouter une annexe.*

Adresse de pratique 1

Collègue 1

Nom :

Numéro INAMI

Spécialité ou compétence particulière (si d'application) :

Nombre de demi-jours de présence hebdomadaire dans la pratique :

Indiquer ci-dessous si le collègue est aussi maître de stage, ou a demandé un agrément comme maître de stage :

	Agrément déjà accordé	Agrément demandé
1/3 temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mi-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plein temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Collègue 2

Nom :

Numéro INAMI

Spécialité ou compétence particulière (si d'application) :

Nombre de demi-jours de présence hebdomadaire dans la pratique :

Indiquer ci-dessous si le collègue est aussi maître de stage, ou a demandé un agrément comme maître de stage :

	Agrément déjà accordé	Agrément demandé
1/3 temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mi-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plein temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noter les données en annexe si plus de collègues

Adresse de pratique 2

Collègue 1

Nom :

Numéro INAMI :

Spécialité ou compétence particulière (si d'application) :

Nombre de demi-jours de présence hebdomadaire dans la pratique :

Indiquer ci-dessous si le collègue est aussi maître de stage, ou a demandé un agrément comme maître de stage :

	Agrément déjà accordé	Agrément demandé
1/3 temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mi-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plein temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Collègue 2

Nom :

Numéro INAMI :

Spécialité ou compétence particulière (si d'application) :

Nombre de demi-jours de présence hebdomadaire dans la pratique :

Indiquer ci-dessous si le collègue est aussi maître de stage, ou a demandé un agrément comme maître de stage :

	Agrément déjà accordé	Agrément demandé
1/3 temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mi-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plein temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noter les données en annexe si plus de collègues

2.3 Nombre total d'unités de traitement sur le(s) lieu(x) de stage

- Pratique 1:
- Pratique2:

** Dans le cas d'autres pratiques, ajouter leurs données dans une annexe.*

2. 4. Combien de candidats dentistes généralistes désirez-vous encadrer en qualité de maître de stage par année académique?

- A temps partiel: 1/3 temps (c'est-à-dire au moins 12 h. par semaine)
- à mi-temps (c'est-à-dire au moins 16 h. par semaine)
- A temps plein: (c'est-à-dire au moins 32h. par semaine)

Total:

2.5. Occupation future des unités de traitement par :

- **le candidat maître de stage:** à indiquer par CMS
- le cas échéant: **les collègues de la pratique de groupe:** à indiquer par: C1, C2, C3
- **le candidat dentiste généraliste** à indiquer par : CDG (s'il y en a plusieurs: CDG 1, CDG 2)

Adresse de pratique 1

	Unité de traitement 1		Unité de traitement 2		Unité de traitement 3	
	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après-midi Nombre d'heures en moyenne:	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après-midi Nombre d'heures en moyenne:	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après-midi Nombre d'heures en moyenne:
Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedi

** Dans l'éventualité d'autres cabinets et/ou unités de traitement, veuillez reprendre en annexe un tableau identique.*

Adresse de pratique 2

	Unité de traitement 1		Unité de traitement 2		Unité de traitement 3	
	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après-midi Nombre d'heures en moyenne:	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après- midi Nombre d'heures en moyenne:	Matinée Nombre d'heures en moyenne:	Après- midi Nombre d'heures en moyenne:
Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedi

* Dans l'éventualité d'autres unités de traitement, veuillez reprendre un tableau identique.
en annexe

** Dans l'éventualité d'autres adresses de pratique, veuillez ajouter les données en annexe

2.6. Quelle est la fréquence des actes suivants que vous exécutez en temps que maître de stage dans le lieu de stage?

		<u>Régu- lièrement</u>	<u>Occasion- nellement</u>	<u>Jamais (ou je réfère)</u>
Examens	Etat de la dentition et anamnèse médicale			
	Examen de la bouche			
	Etat parodontal			
	Etat radiographique			
Prévention	Instructions de brossage des dents ou d'hygiène buccale			
	Fluorisation			
	Scellement			
Prophylaxie				
Soins réparateurs ou conservateurs	Restaurations directes (ex. obturations, composites, ...)	enfants		
		adultes		
	Restaurations indirectes (ex. couronnes et Bridges, ...)	Sur dents naturelles		
		Sur implants		
Prothèses amovibles	Conventionnellement			
	Sur Implants			
Endodontie	Monoradiculaire			
	Pluriradiculaire			
Extractions	Enfants			
	Adultes	mono- et pluri-radiculaire		
		résidus de racines		
		éléments inclus		
Chirurgie orale	Petite chirurgie (ex. biopsies, gingivectomie, ...)			
	Placement d'implants oraux			

Parodontologie	Traitement parodontal non-chirurgical				
	Traitement parodontal chirurgical				
Désordres crânomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Thérapie (gouttière occlusale, physiothérapie, e.a.)				
Orthodontie	Appareil fixe				
	Appareil amovible				

2.7. Aménagement du lieu de stage:

2.7.1. Quelles sont les méthodes de stérilisation employées (pour chaque adresse de pratique) ?

Adresse 1

- Pour les instruments:
 - Produits:.....
 - Appareils:
 - chémiclave
 - autoclave
 - autres spécifier :
 - aucun

- Pour les instruments rotatifs:
 - Produits:.....
 - Appareils:
 - chémiclave
 - autoclave
 - autres spécifier :
 - aucun

Adresse 2

- Pour les instruments:
 - Produits:.....
 - Appareils:
 - chémiclave
 - autoclave
 - autres spécifier :
 - aucun

- Pour les instruments rotatifs:
 - Produits:.....
 - Appareils:
 - chémiclave
 - autoclave
 - autres spécifier :
 - Aucun

Dans l'éventualité d'autres adresses de pratique, veuillez ajouter les données en annexe

Adresse de pratique 2

- Le lieu de stage dispose-t-il d'un espace pouvant être utilisé pour lire ou étudier pendant les moments libres?
Oui
Non

2.7.6. Imagerie (pour chaque adresse de pratique) :

- Adresse de pratique 1

	Intra-orale	Pano.
Analogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Adresse de pratique 2

	Intra-orale	Pano.
Analogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'éventualité d'autres adresses de pratique, veuillez ajouter les données en annexe

2.8. Continuité des soins: comment les obligations de service de garde sont-elles assurées sur le(s) lieu(x) de stage?

Indiquez le service de garde auquel vous êtes affilié:.

.....
.....
.....

DENTISTE GENERALISTE

1. Approbation

J'introduis ma demande d'agrément en qualité de maître de stage dentiste généraliste conformément à l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les modalités de l'agrément des praticiens de l'art dentaire titulaires d'un titre professionnel particulier, articles 33 et 34 et à l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, articles 4 et 5.

2. Je déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires des arrêtés précités et m'engage à les respecter. Ceci implique notamment :

- mettre à la disposition des candidats une unité de traitement et un nombre suffisant de patients;
- faire preuve d'une disponibilité suffisante pour assurer la formation des candidats;
- prévoir un entretien hebdomadaire avec chaque candidat ;
- rédiger un rapport annuel des activités du candidat;
- rémunérer le candidat selon le barème prévu dans l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 précité ;
- permettre au candidat de suivre une formation théorique comme prévu dans le curriculum pour le candidat-stagiaire.

3. Je déclare ne pas avoir fait l'objet d'une mesure de suspension par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, au cours des cinq années qui ont précédé l'agrément comme maître de stage.

4. Je m'engage à me soumettre de manière constructive aux éventuelles visites des lieux de stage organisées, en concertation, par le Conseil de l'Art dentaire et la Commission d'agrément, selon l'arrêté royal du 10 novembre 1996 précité, notamment l'article 33. 33.

5. Je m'engage à suivre les séminaires de formation et de suivi destinés aux maîtres de stage.

6. Je joins au présent formulaire les pièces justificatives pour la recevabilité de ma demande conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 précité.

Signature

Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la signature du candidat maître de stage:

.....

.....

.....

Date:

Avertissement:

Les formulaires et dossiers incomplets ne seront pas traités par la Commission.

Annexes: (à numéroter selon la rubrique à laquelle elles se rapportent)

Nombre:.....

Numéro: 1 point

 2 point.....

 3 point.....

 4 point.....

 5

Mentionnez si une annexe “permission du gestionnaire” est jointe.

0 oui

0 non

A RENVoyer à:

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Direction générale Soins de santé primaires et Gestion de crises

Eurostation Bloc II

Place Victor Horta 40, boîte 10

1060 BRUXELLES

Tél.:02/524.97 97

Fax: 02/524.98.17