

Royaume de Belgique

DENTISTES

Demande d'agrément comme **maître de stage** et
comme **lieu de stage DENTISTE GENERALISTE**

Première demande

Renouvellement

1^{er} partie : 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 si différent de la carte d'identité*) :
.....
- Prénoms :
- Lieu de naissance :
- Date de naissance :
- Nationalité :
- Adresse du domicile légal :
.....
.....
- Sexe : Masculin Féminin

1.2 Date diplôme du Licencié en Science Dentaire :

.....

(veuillez ajouter en annexe une copie du diplôme, à numéroter ANNEXE 1)

Université :

(S'il s'agit d'un diplôme étranger, veuillez ajouter en annexe preuve de l'équivalence, à numéroter ANNEXE 1bis)

Disposez- vous d'un agrément en tant que dentiste généraliste ? Si oui, de quelle date ?

.....

Dates + écoles/universités des autres diplômes, certificats et formations ?

.....
.....

(Veuillez ajouter en annexe copie de ces diplômes, à numéroter ANNEXE 1ter)

1.3 Numéro d'inscription à l'I.N.A.M.I. :

1.4 Avez-vous au moins 6 ans de pratique en tant que dentiste ?

non oui

1.5 Combien de candidats dentistes généralistes désirez-vous accueillir par année académique en tant que maître de stage ?

Désirez-vous accueillir le candidat dentiste généraliste plein temps ou mi-temps ?

▪ Plein temps (combien :.....)

▪ Mi-temps (combien :.....)

Si mi-temps, combien de jours par semaine ?

1.6 Activités de formation continue des cinq dernières années :

Quelles activités de formation continue avez-vous effectuées au cours des cinq dernières années (ex : cours suivis, présentations réalisées, publications, études personnelles, etc)

Veuillez ajouter ceci en annexe, à numéroter ANNEXE 2.

2^{ème} partie : Renseignements concernant le lieu de stage

2.1. Nom / dénomination et adresse du lieu de stage

Nom / dénomination :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fax :

Adresse e-mail :

Eventuel deuxième lieu de pratique où le stagiaire est accueilli ?

Nom / dénomination :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fax :

Adresse e-mail :

2.2 Activité du candidat-maître de stage dans le lieu de stage

- Cocher les cases correspondantes aux demi-journées de présence dans le lieu de stage :
(en cas de lieux multiples, précisez le lieu pour chaque demi-journée – cabinet 1 ou 2)

	Matinée	Après-midi
Lundi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mardi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mercredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeudi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vendredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samedi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Nombre moyen de contacts – patients par semaine :
- Nombre moyen de nouveaux patients par an :
- Nombre moyen d'heures par semaine :
- % de présence dans le lieu de stage comparé à la totalité de l'activité professionnelle
:

2.3 Nature de la pratique dans le(s) lieu(x) de stage :

• Pratique individuelle : non oui

• Pratique de groupe : non oui

Si oui : Avec combien de collaborateurs?

Si oui : Avec quelles disciplines ?

.....

.....

Avec quelle % d'activité pour chaque discipline ?

• Quelle est la fréquence des soins suivants sur le lieu de stage ?

		<u>Régulière-</u> <u>ment</u>	<u>Jamais (ou</u> <u>j'adresse)</u>
Prévention et prophylaxie			
Soins conservateurs	enfants		
	adultes		
Endodontie			
Prothèse fixe	couronne, bridge, etc.		
	prothèse sur implants		
Prothèse amovible			
Traitements parodontaux	traitement initial		
	chirurgie		
Désordres cranio-mandibulaires et occlusion	diagnostic		
	gouttière occlusale		
Orthodontie	enfants	appareil- lage fixe	
		appareil- lage amovible	

	adultes		
Extractions/ petite chirurgie			
Autres			

2.4 Aménagement du lieu de stage :

(en cas de second lieu de stage, mettre en annexe les mêmes renseignements pour le second lieu)

- Nombre total de fauteuils de soins dans le cabinet :

- Disposez-vous d'un fauteuil à l'entière disposition du candidat ?

oui non

- Moyens de stérilisation :

* Par quels moyens les instruments sont-ils stérilisés ? (appareils, produits,...)

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

* Quel est le procédé de décontamination/stérilisation pour les instruments rotatifs ?

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

- Système de dossier : informatisé

 manuscrit

 mixte

- Quels sont les revues et/ou ouvrages scientifiques à disposition des stagiaires?

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

3. Je déclare ne pas avoir fait l'objet d'une suspension par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions ou par le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions, durant les cinq années précédant l'agrément .

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

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

Signature

(faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du gestionnaire du lieu de stage (éventuel)

(faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

Nombre d'annexes :.....

AVERTISSEMENT : Les formulaires et dossiers incomplets ne seront pas traités

A RENVOYER PAR RECOMMANDÉ au :

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction Générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crise
Bureau 2D08
Eurostation Bloc II
Place Victor Horta 40 Bte 10
1060 Bruxelles
Tel. : 02/524.98.08 Fax : 02/524.98.13