



## DEMANDE POUR L'EXAMEN ORTHODONTIQUE ET LE DOSSIER DIAGNOSTIQUE

**NOTE:** Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'un client du Programme des services de santé non-assurés (SSNA) est référé à un orthodontiste pour un examen orthodontique et un dossier diagnostique. Le dossier diagnostique inclut une radiographie panoramique, une radiographie et un tracé céphalométrique, six (6) photographies, des modèles orthodontiques et un plan de traitement détaillé.

Les fournisseurs doivent soumettre ce formulaire avec des modèles d'étude en occlusion centrique.

Les clients seront considérés pour la couverture d'orthodontie dans le cadre du Programme des SSNA seulement sous les conditions suivantes :

1. Les clients âgés de moins de 18 ans présentant une combinaison d'anomalies squelettiques importantes et d'anomalies dentaires importantes; ou
2. Les clients présentant avec une anomalie cranio-faciale tel le bec de lièvre – sans limite d'âge.

DENTISTE RÉFÉRANT	CLIENT
Nom: _____	Nom de famille: _____
Adresse: _____	Prénom(s): _____
Code postal: _____	Adresse: _____
Tél.: _____	Code postal: _____
N° de fournisseur: _____	Tél.: _____
	Date de naissance: (AAAA-MM-JJ) _____
	N° du client: _____

Nom de l'orthodontiste recommandé: \_\_\_\_\_

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Le client a-t-il démontré une bonne hygiène buccale lors des derniers 6 mois?  | OUI | NON |
| 2. Le client a-t-il eu des nouvelles caries lors des derniers 6 mois?   | OUI | NON |
| 3. Le client va-t-il régulièrement chez le dentiste?  | OUI | NON |
| 4. Le client et sa famille ont-ils été pleinement informés des exigences du traitement et de l'engagement qui doit être maintenu à cet égard? | OUI | NON |
| 5. Le client reçoit-il des prestations ou des services d'un autre régime de soins dentaire privé ou public?                                   | OUI | NON |
| 6. La condition du client se présente-elle avec une malocclusion sévère associée avec un handicap fonctionnel?                                | OUI | NON |

**Diagnostic et constatations cliniques:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je suis d'avis que ce client nécessite un traitement orthodontique.

Signature du dentiste référant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**À l'usage du Ministère seulement:**

Approuvée ( ) Déclinée ( ) En attente ( ) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Soumettre le formulaire rempli et les modèles d'étude à l'adresse suivante :**

**Centre de prédétermination dentaire (services orthodontiques)  
Services de santé non assurés  
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
200 promenade Eglantine, IA 1902C  
Ottawa ON K1A 0K9**

**N° de téléphone sans frais : 1-866-227-0943 N° de télécopieur sans frais : 1-866-227-0957**