



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

**1.4 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 .... )

*Veillez ajouter ceci en annexe, à numéroter ANNEXE 2.*

**2<sup>ème</sup> 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 : .....

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

- Cocher les cases correspondants aux demi-journées de présence dans le lieu de stage :

	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 : .....

**2.3 Activité dans un autre lieu que le lieu de stage :**

Oui :

Non :

si OUI : Lieu (nom + adresse): .....  
.....  
.....

Fréquence/nombre de demi-journées de présence :.....

	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"/>

**2.4 Nature de la pratique dans le lieu de stage :**

- Pratique individuelle : non  oui
- Pratique de groupe : non  oui

Si oui : Avec quelles disciplines ? .....  
.....  
.....

**2.5 Aménagement du lieu de stage :**

- Nombre total de fauteuils de soins dans le cabinet : .....
- Nombre de fauteuils de soins disponibles pour les candidats : .....
- Imagerie à disposition :
  - \* Radiographie intra-orale : oui  non
  - \* Orthopantomographie : oui  non
  - \* Téléradiographie : oui  non
  - \* Appareil photo/vidéo : oui  non

- Autres équipements spécifiques :  
.....  
.....
  
- Espace pouvant être utilisé par le stagiaire pour lire ou étudier pendant les moments libres ?  
oui  non
  
- Le lieu de stage contient-il un laboratoire propre à la spécialité ? oui  non
  
- Le lieu de stage réfère-t-il à un laboratoire spécialisé ? 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 candidats spécialistes ?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  
- Le lieu de stage dispose-t-il d'un accès à internet ? Oui   
Non

**2.6 Encadrement du lieu de stage :**

- Nombre équivalent temps plein d'aides (assistantes, secrétaires) : .....ETP

- Quelles sont les tâches assurées par ce personnel ?

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

**2.7 Comment est assurée la continuité des soins dans le lieu de stage (garde, etc...) ?**

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

**2.8 Capacité du lieu de stage :**

Quelles demi-journées le lieu de stage peut-il accueillir des candidats spécialistes ?

(indiquer le nombre par demi-journée)

	Matinée	Après-midi
Lundi	.....	.....
Mardi	.....	.....
Mercredi	.....	.....
Judi	.....	.....
Vendredi	.....	.....
Samedi	.....	.....

### **3<sup>ème</sup> partie : Accords avec les centres de formation universitaire :**

**Avec quelle(s) institution(s) universitaire(s) votre lieu de stage a-t-il des accords pour l'accueil des candidats dont vous voulez assurer en partie la formation ?**

Nom/dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Responsable de la formation : .....

Nom/dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Responsable de la formation : .....

*Veillez fournir en annexe l'accord ou le contrat avec les centres de formation universitaire, à numéroter ANNEXE 3*

### **4<sup>ème</sup> partie : Questionnaire spécifique aux candidats maître de stage en parodontologie**

Quel % de votre activité est dédié à :

1. Diagnostic et plan de traitement .....%

2. Traitements initiaux .....%

3. Traitements chirurgicaux dont : Lambeaux d'assainissement .....%

Chirurgie régénératrice .....%

Chirurgie mucco-gingivale .....%

Chirurgie préprothétique .....%

Autres (à préciser) .....

4. Pose d'implants .....%

5. « Recall maintenance » .....%



**Approbation des conditions et obligations :**

<b><u>ORTHODONTIE</u></b>	<b><u>PARODONTOLOGIE</u></b>
<p>1. Approbation :</p> <p>J'introduis ma demande d'agrément en qualité de maître de stage pour la formation des dentistes spécialistes en Orthodontie, conformément à l'arrêté ministériel du 11 juin 2001 fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes, articles 7 à 10 et à l'arrêté ministériel du 28 mai 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie, articles 3 et 6.</p> <p>2. Je déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires des arrêtés ministériels précités du 11 juin et du 28 mai 2001 et m'engage à les respecter c'est-à-dire notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mettre à la disposition des candidats, une installation et un nombre suffisant de patients ;</li><li>- faire preuve de disponibilité suffisante pour assurer la formation des candidats en étant présent dans les lieux et au moment où les candidats sont présents ;</li><li>- prévoir un entretien hebdomadaire avec chaque candidat ;</li><li>- rédiger un rapport annuel sur leur activité ;</li><li>- rémunérer le candidat selon le barème prévu dans l'arrêté ministériel du 11 juin 2001.</li></ul> <p>3. Je déclare durant les cinq années précédant l'agrément 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 ces attributions.</p>	<p>1. Approbation :</p> <p>J'introduis ma demande d'agrément en qualité de maître de stage pour la formation des dentistes spécialistes en Parodontologie, conformément à l'arrêté ministériel du 11 juin 2001 fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes, articles 7 à 10 et à l'arrêté ministériel du 27 juillet 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie, articles 3 et 6.</p> <p>2. Je déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires des arrêtés ministériels précités du 11 juin et du 27 juillet 2001 et m'engage à les respecter c'est-à-dire notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mettre à la disposition des candidats, une installation et un nombre suffisant de patients ;</li><li>- faire preuve de disponibilité suffisante pour assurer la formation des candidats en étant présent dans les lieux et au moment où les candidats sont présents ;</li><li>- prévoir un entretien hebdomadaire avec chaque candidat ;</li><li>- rédiger un rapport annuel sur leur activité ;</li><li>- rémunérer le candidat selon le barème prévu dans l'arrêté ministériel du 11 juin 2001.</li></ul> <p>3. Je déclare durant les cinq années précédant l'agrément 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 ces attributions.</p>

<p>4. Je m'engage à me soumettre de manière constructive aux éventuelles visites du lieu de stage organisées, en concertation, par le CAD et la Commission d'agrément selon 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, notamment art 33.</p> <p>5. Je joins au présent formulaire les pièces justificatives pour la recevabilité de ma demande conformément à la disposition de l'A. M. du 11 juin 2001 précité.</p> <p>Certifié sincère et véritable, à ..... le .....</p> <p style="text-align: center;">Signature ( faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)</p> <p><b>Nombre d'annexes :</b> .....</p>	<p>4. Je m'engage à me soumettre de manière constructive aux éventuelles visites du lieu de stage organisées, en concertation, par le CAD et la Commission d'agrément selon 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, notamment art 33.</p> <p>5. Je joins au présent formulaire les pièces justificatives pour la recevabilité de ma demande conformément à la disposition de l'A. M. du 11 juin 2001 précité.</p> <p>Certifié sincère et véritable, à ..... le .....</p> <p style="text-align: center;">Signature ( faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)</p> <p><b>Nombre d'annexes :</b> .....</p>
---	---

**AVERTISSEMENT :** Les formulaires et dossiers incomplets ne seront pas traités

**A RENVOYER au :** SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
 Direction Générale Soins de Santé primaires  
 Conseil de l'Art dentaire  
 Bureau 2D08  
 Eurostation Bloc II  
 Place Victor Horta 40 Bte 10  
 1060 Bruxelles  
 Tel. : 02/524.98.08 Fax : 02/524.98.13