Enter your school name

Cher parent ou tuteur :

Notre école et Missouri Department of Health and Senior Services, Cabinet de la santé dentaire offrent **GRATUITEMENT** le programme de santé bucco-dentaire pour aider à stopper la carie dentaire. Ce programme est offert à **TOUS** les enfants dans le Missouri, y compris ceux qui visitent un dentiste chaque année. Un dentiste ou un hygiéniste dentaire fera un test bucco-dentaire. La personne en charge du test portera de gants dentaires et utilise un miroir buccal à usage unique. Une petite couche de vernis fluoré sera utilisée sur les dents de ton enfant pour aider à stopper la carie dentaire. Le fluorure sera appliqué deux fois pendant l’année scolaire. Le vernis de fluorure est sûr pour l'utilisation dans le cadre de stopper et d'inverser de petites zones de carie dentaire précoce.

Votre enfant recevra une brosse à dents gratuite et les informations sur la santé bucco-dentaire.

**Ce service ne remplace pas un examen dentaire régulier. Il est recommandé de consulter un dentiste au moins une fois par an.**

# PARENT/TUTEUR VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE

Il n'y a pas de frais pour le test et traitements de vernis de fluorure, mais vous devez donner votre consentement.

\_\_\_**OUI,** je veux que mon enfant reçoive le test dentaire et deux applications de vernis fluoré, dans l'intervalle de trois à six mois. (Yes, I want my child to recieve a dental screening and two applications of fluoride varnish, three to six months apart.)

**OUI**, je souhaite que mon enfant reçoive un test dentaire. Je ne veux pas que mon enfant ait le vernis de fluorure. (Yes, I want my child to receive a dental screening. I do not want my child to have the fluoride varnish.)

**NON**, je ne souhaite pas que mon enfant face partie du programme bucco-dentaire. (No, I do not want my child to take part in this oral health program.)

## Nom de l'enfant : Âge : Classe : Enseignant :

(Child’s Name) (Teacher)

**Cochez " TOUS " qui s'appliquent à la race : Cochez " UNE " qui s'applique à l'ethnicité :**

Amérindien/autochtone d'Alaska (American Indian/Alaska Native)

Asiatique (Asian)

Noir/Afro-américain (Black/African American)

Hawaïen ou autre insulaire du Pacifique (Hawaiian or Other Pacific Islander)

Blanc (White)

­Hispanique (Hispanic)

Non hispanique (Non-Hispanic)

# SIGNATURE DE PARENT/TUTEUR : ­­­­­DATE :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

# À COMPLÉTER PAR LE DENTISTE OU HYGIÉNISTE DENTAIRE ET ENVOYER A LA MAISON AVEC L'ENFANT APRÈS LE DÉPISTAGE

## Nom de l'enfant : Date :

(Child’s Name)

Votre enfant fera le dépistage dentaire aujourd'hui. Ce dépistage ne remplace **pas** l'examen dentaire régulier, qui est recommandé au moins une fois par an. Les radiographies dentaires n'ont **pas** été effectuées. Le dentiste ou hygiéniste dentaire qui font le test ont trouvé ce qui suit :

1. **Aucun besoin manifeste pour le traitement dentaire** en ce moment, mais devrait consulter un dentiste pour les examens réguliers au moins une fois par mois. (No obvious need for dental treatment at this time.)

2. **Besoin de traitement dentaire d'ici peu (4-8 semaines)**, possibilité de la carie. Veuillez prendre un rendez-vous avec le dentiste. (Need dental treatment soon, 4-8 weeks)

3. **Besoin de traitement dentaire d'urgent (24-48 heures),** à cause de mail aux dents, une carie dentaire ou soit l'infection. Veuillez planifier un rendez-vous avec le dentiste dès que possible. (Need urgent dental treatment, 24-48 hours)



**Parlez avec ton enfant en ce qui concerne la santé bucco-dentaire ! Consultez le site web Missouri Oral Health à** [**https://health.mo.gov/oralhealth.**](https://health.mo.gov/oralhealth) **Dans la section Oral Health Education, vous trouverez des vidéos instructives pour apprendre sur la santé bucco-dentaire ou scannez le QR code avec ton téléphone pour ouvrir les vidéos instructives sur la santé bucco-dentaire**.