|  |  |
| --- | --- |
| Date de réception de la demande : |  |

**DEMANDE D’AGRÉMENT COMME MAÎTRE DE STAGE ET LIEU DE STAGE   
POUR DENTISTE GÉNÉRALISTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nouvelle demande |  |
| Renouvellement [[1]](#footnote-1) |  |
| Modification |  |

**Partie 1: Renseignements concernant le candidat maître de stage**

**1.1 Renseignements personnels**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de Gsm |  |
| Adresse e-mail |  |
| Numéro de registre national |  |
| Numéro INAMI |  |

**1. 2 Disposez-vous d'un minimum de 6 années d'expérience pratique comme dentiste généraliste?**

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

**1.3 Activités de formation continue au cours des 5 dernières années :**

|  |  |
| --- | --- |
| J’étais complètement accrédité pendant les 5 dernières années |  |
| Je n’étais pas ou pas complètement accrédité pendant les 5 dernières années  **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Veuillez remplir le tableau en **annexe A** et veuillez fournir les preuves des formations continues suivies. |  |
|  |  |
| J’ai participé aux séminaires de formation pour les maîtres de stage [[2]](#footnote-2)  **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Si vous étiez déjà agréé en tant que maître de stage dans le passé, ajoutez en annexe la preuve que vous avez suivi les séminaires de formation. |  |

**1.4 Combien de stagiaires désirez-vous accompagner annuellement ?****[[3]](#footnote-3)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nombre |
| Temps plein (au moins 32 heures par semaine) |  |
| Mi-temps (au moins 16 heures par semaine) |  |
| 1/3e-temps (au moins 12 heures par semaine) |  |

**1.5 Comment les obligations de continuité de soins sont-elles assurées ? Indiquez le service de garde auquel vous êtes affilié :**

|  |
| --- |
|  |

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Ajoutez en annexe l’attestation de participation au service de garde.

**Partie 2: Renseignements concernant le(s) lieu(x) de stage**

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png Si vous voulez demander un agrément pour plus d’un lieu de stage, veuillez remplir une copie de la Partie 2 (page 3 à 7 et Annexes B et C si d’application) pour chaque lieu de stage.**

**2.1 Données du lieu de stage :**

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du cabinet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu de stage principal |  |
| Lieu de stage supplémentaire |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rue + Numéro/boîte |  |
| Code postale + Commune |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro BCE de l’entité qui va rémunérer le stagiaire |  |
| Nom du gérant |  |

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Si vous n’êtes pas le gestionnaire du cabinet, veuillez remplir et faire signer **l’annexe B** par le gestionnaire.

**2.2 Nature du cabinet :**

|  |  |
| --- | --- |
| Pratique individuelle |  |
| Pratique de groupe |  |
| Nombre de collègues (vous-même inclus) |  |
| **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** S'il s'agit d'une pratique de groupe, veuillez remplir l’**annexe C**. | |

**2.3 Nombre total de fauteuils de traitement qui sont maintenant disponibles dans le cabinet :**

|  |
| --- |
|  |

**2.4 Grille horaire :**

Veuillez remplir le schéma à la page suivante avec le nombre d’heures de travail et l’occupation des unités de traitement par :

* **CMS** : Le candidat maître de stage, vous-même.
* **ST1, ST2** : La capacité qui sera disponible pour Le(s) stagiaire(s) pour le(s)quel(s) vous demandez un agrément.
* **C1, C2, C3,** … : Vos collègues comme ils sont nommés dans l'annexe C.
* **ST-C1, ST-C2, …** : Si vos collègues sont agréés en tant que maître de stage, ou s’ils ont introduit une demande, indiquez leurs stagiaires

Information pour remplir le schéma de travail :

* Les heures de samedi ne comptent pas pour évaluer la capacité du lieu de stage. Les stagiaires doivent avoir la possibilité de prester toutes les heures de stage pendant la semaine.
* Le maître de stage doit toujours être présent sur le lieu où travaille le stagiaire.
* Le stagiaire doit avoir une unité de traitement à sa disposition.
* Si le cabinet dispose de plus de 6 unités de traitement, vous pouvez remplir une copie de la page suivante.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matin** | | **Après-midi** | | **Matin** | | **Après-midi** | |
|  | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** |
|  | Unité de traitement 1 | | | | Unité de traitement 2 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Unité de traitement 3 | | | | Unité de traitement 4 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matin** | | **Après-midi** | | **Matin** | | **Après-midi** | |
|  | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** |
|  | Unité de traitement 5 | | | | Unité de traitement 6 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Unité de traitement 7 | | | | Unité de traitement 8 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.5 Aménagement du lieu de stage :**

2.5.1 Quelles sont les méthodes de stérilisation employées ? Veuillez indiquer le type et la marque des produits et des appareils.

* Pour les instruments :

|  |  |
| --- | --- |
| Produits : |  |
| Appareils : |  |

* Pour les instruments rotatifs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Produits : | |  |
| Appareils : | Nettoyage : |  |
|  | Stérilisation : |  |
|  | Autres (veuillez spécifier) : |  |

2.5.2 Quel système de dossier est utilisé ?

|  |  |
| --- | --- |
| Informatisé |  |
| Manuscrit |  |
| Mixte |  |

2.5.3 Quels sont les ouvrages et/ou revues scientifiques mis à la disposition des stagiaires (imprimés ou électroniques) ?

|  |
| --- |
|  |

2.5.4. Le lieu de stage dispose-t-il d'un accès à internet accessible aux stagiaires ?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

2.5.6 Quelle technique d’imagerie est utilisée ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Analogique | Numérique |
| Radiographie intra-orale |  |  |
| Radiographie panoramique |  |  |
|  |  | |
| Autres (veuillez spécifier) |  | | |

**Partie 3 : Fréquence des actes**

**En tant que candidat maître de stage, à quelle fréquence exécutez-vous les actes suivants dans le(s) lieu(x) de stage?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **Régulière-ment** | **Occasion-nellement** | **Jamais (ou je réfère)** |
| **Examens** | 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** | | | Conventionnelles | |  |  |  |
| Sur implants | |  |  |  |
| **Endodontie** | Monoradiculaire | | | |  |  |  |
| Pluriradiculaire | | | |  |  |  |
| **Extractions** | Enfants | | | |  |  |  |
| Adultes | Mono- et pluri-radiculaire | | |  |  |  |
| Résidus de racines | | |  |  |  |
| Eléments 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 | | | |  |  |  |

**Partie 4 : Déclaration sur l'honneur**

1. J’introduis ma demande d’agrément en qualité de maître de stage et lieu de stage en dentisterie générale 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, 5 et 6.

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 stagiaires un nombre suffisant de patients.
* Faire preuve d'une disponibilité suffisante pour assurer la formation des stagiaires et toujours être présent sur le lieu où travaille le stagiaire.
* Prévoir un entretien hebdomadaire avec chaque stagiaire.
* Rédiger un rapport annuel des activités du stagiaire.
* Rémunérer le candidat comme prévu par *l'AM du 29 mars 2002* précité*.* [[4]](#footnote-4)
* Permettre au candidat de suivre une formation théorique comme prévu dans le curriculum pour le candidat-stagiaire.
* Rédiger pour chaque stagiaire un programme personnalisé de formation, conforme au modèle déterminé par la Commission d’agrément.

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.

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.

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

**Date**

**COMMENTAIRES :**

|  |
| --- |
|  |

**FORMULAIRE A RENVOYER À :**

🖰 [Maitredestage@sante.belgique.be](mailto:Maitredestage@sante.belgique.be)

Ou

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

DG Soins de Santé – Maîtres de stage Dentistes

Eurostation Bloc II

Place Victor Horta 40, boite 10

1060 BRUXELLES

**POUR PLUS D’INFORMATION :**

🖳 <http://www.health.belgium.be/fr/maitre-de-stage-dentiste>

🕿 Contact Center : 02/524.97.97

🖰 [Maitredestage@sante.belgique.be](mailto:Maitredestage@sante.belgique.be)

**ATTENTION :**

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous ne pouvez pas ou difficilement répondre à certaines questions, vous pouvez expliquer cela dans la rubrique « commentaires » en haut de cette page.

Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Vous serez informé de votre demande par la voie de votre [eHealthBox](https://www.ehealth.fgov.be/fr/myehealth/login)

**Annexe A : Formation continue**

Si vous n’étiez pas ou pas complètement accrédité pendant les 5 dernières années :

- Veuillez fournir en annexe les **preuves** des formations continues suivies durant les années non-accréditées (preuves de présence, preuves de paiement...). Pour les années où vous étiez accrédité, l’aperçu de l’INAMI suffit comme preuve.

- Veuillez remplir le **tableau** ci-dessous par **ordre** **chronologique** avec les formations continues suivies et veuillez faire les sous-totaux du nombre d’heures par année civile :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Titre** | **Organisateur** | **Nombre d’heures** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Titre** | **Organisateur** | **Nombre d’heures** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Annexe B : Accord du gestionnaire du lieu de stage**

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro BCE : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du gestionnaire : |  |

Je soussigné, gestionnaire du cabinet ,donne l’autorisation à   
Mme / M. d’accueillir un stagiaire au sein du cabinet.

**Signature : Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la signature du gérant :**

**Date**

**Annexe C : Collègues de la pratique de groupe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la pratique de groupe: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Numéro INAMI | Titre professionnel et/ou pratique spécifique (si d’application, par exemple endodontie) | Nombre de demi-jours de travail dans la pratique | Agrément ou demande d’agrément comme maître de stage (dans le même lieu de stage) :  Oui / Non |
| C1 |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |
| C3 |  |  |  |  |  |
| C4 |  |  |  |  |  |
| C5 |  |  |  |  |  |
| C6 |  |  |  |  |  |
| C7 |  |  |  |  |  |
| C8 |  |  |  |  |  |
| C9 |  |  |  |  |  |
| C10 |  |  |  |  |  |
| C11 |  |  |  |  |  |
| C12 |  |  |  |  |  |
| C13 |  |  |  |  |  |
| C14 |  |  |  |  |  |
| C15 |  |  |  |  |  |

1. La demande de renouvellement doit être introduite six mois avant l'expiration de l’agrément. [↑](#footnote-ref-1)
2. Avant que le maître de stage agréé ne suive pour la première fois un stagiaire, il doit participer aux séminaires de formation des maîtres de stage.

   Après que l’agrément comme maître de stage ait été accordé, les maîtres de stage sont appelés par les universités ou les organisations professionnelles à participer à ces séminaires de formation. Si vous étiez déjà agréé en tant que maître de stage dans le passé, ce critère sera contrôlé. [↑](#footnote-ref-2)
3. Le maître de stage peut accompagner maximum deux stagiaires en même temps. [↑](#footnote-ref-3)
4. Les maîtres de stage sont tenus de payer une rémunération minimum brut aux stagiaires. Ce montant est indexé annuellement selon l’indice santé. A partir du 1er juillet 2015 le montant est 17.844,88 € par année de stage. [↑](#footnote-ref-4)