



## Association Dépendance-Handicap-Précarité Dentaire en Nouvelle-Aquitaine

### Dossier de volontariat

#### Missions du chirurgien-dentiste volontaire

En collaboration avec l'équipe médico-sociale de l'établissement et suite au dépistage, vous serez amené à établir le **plan de traitement bucco-dentaire** du résident en fonction de son besoin dentaire et de son état de santé général et cognitif.

Vous apprécierez le caractère urgent de la réalisation des soins. Au besoin, vous orienterez le résident soit vers son chirurgien-dentiste "traitant" soit vers un cabinet dentaire ou une structure de soins adaptée (si besoin vous pourrez vous faire aider de votre référent handicap départemental).

Les données recueillies lors de ces campagnes de dépistage seront utilisées exploitées pour **réaliser des études épidémiologiques**. Les données issues de ces études serviront à argumenter la négociation engagée auprès de l'Assurance Maladie afin de **favoriser la prise en charge financière des transports sanitaires** en Nouvelle-Aquitaine.

Il vous sera demandé de remplir et de compléter :

- La trame de bilan bucco-dentaire pour chaque résident examiné (même si examen non réalisable), à remettre à l'établissement
- La fiche de synthèse des bilans bucco-dentaires en double exemplaire ; un exemplaire à remettre à l'établissement, un exemplaire à remettre à la coordination de l'Association DHP Dentaire.

Une attention particulière vous sera demandée quant à la qualité des retours vis-à-vis des documents à compléter pendant les dépistages.

#### Dossier à retourner (page 2) :

- Soit par voie postale : Association DHP Dentaire – 134 boulevard du Président Wilson, 33000 Bordeaux –
- Soit par mail à [coordination.assodhp@gmail.com](mailto:coordination.assodhp@gmail.com).

Si vous êtes un chirurgien-dentiste en activité et inscrit au tableau de l'Ordre National, quel que soit votre exercice (libéral, collaborateur salarié ...) et que vous êtes volontaire pour nous permettre de mener à bien cette action, retournez-nous le dossier de volontariat complété (cf. page 2) après lecture de la charte de fonctionnement de l'Association DHP Dentaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données personnelles vous concernant et les faire rectifier en contactant l'Association : [coordination.assodhp@gmail.com](mailto:coordination.assodhp@gmail.com).

## Dossier de volontariat (à retourner)

### Informations générales

Nom :

Prénom :

N° National de l'Ordre :

N° RPPS :

Adresse professionnelle :

Adresse mail (obligatoire pour tout contact) :

### Forme d'exercice principal :

Libéral     Salarié     Praticien hospitalier

Si salarié :     En cabinet libéral

En centre de santé     En centre hospitalier

**Spécialité** :     Omnipratique     ODF

Médecine bucco-dentaire     Chirurgie orale

### Formations

Avez-vous suivi une formation pour l'accueil et le soin aux personnes âgées dépendantes ?

Oui     Non

Si oui, intitulé(s) et date(s) de réalisation :

Avez-vous suivi une formation pour l'accueil et le soin aux personnes en situation de handicap ?

Oui     Non

Si oui, intitulé(s) et date(s) de réalisation :

Autres formations :

### Interventions réalisées en lien avec les établissements médico-sociaux, sans lien avec le réseau

Intervenez-vous déjà au sein d'établissements médico-sociaux (EHPAD, IME, MAS, FAM...) pour réaliser des dépistages bucco-dentaires ?  Oui     Non

Si oui, quels sont ces établissements ?

Souhaitez-vous continuer à intervenir auprès de ces établissements ?  Oui     Non

Précisions :

### Interventions dans le cadre du réseau :

Souhaitez-vous réaliser des dépistages bucco-dentaires au sein d'EHPAD ?     Oui     Non

Souhaitez-vous réaliser des dépistages bucco-dentaires au sein d'IME ?     Oui     Non

Souhaitez-vous réaliser des dépistages bucco-dentaires au sein de MAS / FAM ?  Oui     Non

Nombre de vacations mensuelles disponibles (1 vacation = ½ journée de 3h30) :

Concernant les déplacements, êtes-vous prêt à vous déplacer..... ?

Périmètre autour de votre lieu d'exercice principal : \_\_\_\_\_ km

Temps à parcourir autour du cabinet : \_\_\_\_\_ min.

### Autres informations éventuelles :

En retournant ce dossier de volontariat, je reconnais avoir pris connaissance de la Charte de fonctionnement du réseau de chirurgiens-dentistes volontaires de l'Association DHP Dentaire Nouvelle-Aquitaine et m'y conformer.