



Demande d'agrément comme maitre de stage en dentisterie générale

Première demande	<input type="checkbox"/>
Renouvellement ³ /Modification ²	<input type="checkbox"/>

Partie 1: Informations de base

1.1. Nom du candidat maitre de stage

Nom (mentionné sur la carte d'identité) :	Prénoms :
Numéro de Registre National :	Numéro INAMI :
Courriel :	Numéro de Téléphone :

1.2. Activités de formation continue au cours des 5 dernières années :

J'étais complètement accrédité pendant les 5 dernières années	<input type="checkbox"/>
Je n'étais pas ou pas complètement accrédité pendant les 5 dernières années  Veuillez remplir le tableau en annexe B et veuillez fournir les preuves des formations continues suivies.	<input type="checkbox"/>

J'ai participé aux séminaires de formation pour les maîtres de stage ³	
 Si vous étiez déjà agréé en tant que maître de stage dans le passé, ajoutez en annexe E la preuve que vous avez dans le cadre de la formation des maîtres de stage suivi les séminaires d'initiation et de suivi .	<input type="checkbox"/>

¹La demande de renouvellement doit être introduite au plus tard six mois avant l'expiration de l'agrément.

² En cas de modification, veuillez compléter l'annexe A jointe à ce formulaire.

³Après l'octroi de l'agrément, le maître de stage est tenu de participer aux séminaires de suivi organisés par les universités ou les associations professionnelles, et ce une fois tous les 5 ans

1.3. Combien de stagiaires désirez-vous accompagner annuellement

Le nombre maximum de stagiaires à suivre annuellement est limité à un total de 2, quel que soit le quota demandé.

	Nombre
Temps plein (au moins 32 heures réparties sur 8 demi-jours)	Choisissez un élément.
Deux-tiers Temps (au moins 20 heures réparties sur 5 demi-jours)	Choisissez un élément.
Mi-temps (au moins 16 heures réparties sur 4 demi-jours)	Choisissez un élément.
Tiers-temps (au moins 12 heures réparties sur 3 demi-jours)	Choisissez un élément.

1.4 Comment les obligations de continuité de soins sont-elles assurées ? Indiquez le service de garde auquel vous êtes affilié en y joignant la preuve en annexe C:

Choisissez un élément.

Partie 2: Renseignements concernant le lieu de stage

2.1 Données du lieu de stage :

Dénomination du cabinet

Rue + Numéro/boîte

Code postale + Commune

Numéro de téléphone

Site web

Numéro BCE de l'entité qui rémunèrera le stagiaire

Nom du/des gérant(s)



Si vous n'êtes pas gérant du cabinet, veuillez remplir et faire signer par le gérant la partie ci-dessous :

DEMANDE D'AGRÉMENT MAÎTRE DE STAGE ET LIEU DE STAGE DENTISTE GÉNÉRALISTE

Je/Nous soussigné(s), gérant(s) du cabinet _____ ,
donne/donnons l'autorisation à _____ d'accompagner
un stagiaire au sein du cabinet et je m'/nous nous engage(ons) à respecter toutes les conditions et
obligations légales.

Je soussigné, dentiste en chef, responsable pour le cabinet, donne l'autorisation à
_____ d'accompagner un
stagiaire au sein de la pratique et je m'engage à respecter toutes les conditions et obligations légales.

**Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la/des signature(s) du/des gérant(s) et du
dentiste en chef :**

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

2.2 Nature de la pratique :

Pratique individuelle	<input type="checkbox"/>
Pratique de groupe/Hôpital	<input type="checkbox"/>
Nombre de collègues (vous-même inclus)	<input type="text"/>

2.3 Nombre total d'unités de traitement disponibles dans le cabinet :

Joindre des photos de tous les espaces de traitement en Annexe D

2.4. Composition de du cabinet et grille horaire

2.4.1. Codes à utiliser

Veillez remplir les tableaux des points 2.4.2. et 2.4.3. en utilisant les codes suivants :

- **CMS1, CMS2, ...** : les candidats maitre de stage
- **CMS1-ST1, CMS1-ST2, CMS2-ST1, CMS2-ST2, ...** : La capacité disponible pour les stagiaires des candidats maitre de stage et des demandeurs
- **MS1, MS2, ...** : Les maitres de stage déjà agréés

- **MS1-ST1 , MS1-ST2, MS2-ST1, MS2-ST2, ...** : La capacité disponible pour les stagiaires des maitres de stage déjà agréés
- **C1, C2, C3, ...** : Vos autres collègues qui au sein de du cabinet ne sont ni agréés maitres de stage, ni candidats à l'agrément comme maitre de stage.
- **H1, H2, H3, ...** : hygiénistes bucco-dentaire

2.4.2. Composition de du cabinet

Code	Nom	Numéro INAMI	Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d'application, par exemple endodontie, pédodontie, ...)	Nombre de demi-jours d'occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet	Agréments demandés par les candidats maitre de stage : Temps Plein, Deux-Tiers temps, Mi-temps ou Tiers-Temps
CMS1					Choisissez un élément.
CMS2					Choisissez un élément.
CMS3					Choisissez un élément.
CMS4					Choisissez un élément.
CMS5					Choisissez un élément.

Code	Nom	Numéro INAMI	Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d'application, par exemple endodontie, pédodontie, ...)	Nombre de demi-jours d'occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet	Agrés pour : Temps Plein, Mi-Temps ou tiers-Temps
MS1					Choisissez un élément.
MS2					Choisissez un élément.
MS3					Choisissez un élément.
MS4					Choisissez un élément.
MS5					Choisissez un élément.

Nom et Prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et la signature de tous les maitres de stage, candidats maitres de stage et collègues travaillant dans le cabinet :

DEMANDE D'AGRÉMENT MAÎTRE DE STAGE ET LIEU DE STAGE DENTISTE GÉNÉRALISTE

Code	Nom	Numéro INAMI	Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d'application, par exemple endodontologie, dentisterie pédiatrique, ...)	Nombre de demi-jours d'occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet
C1				
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
C9				
C10				
C11				
C12				
C13				
C14				
C15				
H1				
H2				
H3				

2.4.3. Grille horaire :

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 du lundi au vendredi.
- Toute journée de prestations du stagiaire dans le cabinet est assimilée à une journée de 8h. maximum, même si le nombre réel d'heures de prestations est supérieur à 8 heures.
- Toute demi-journée de prestations du stagiaire dans le cabinet est assimilée à une demi-journée de 4h. maximum, même si le nombre réel d'heures de prestations est supérieur à 4 heures.
- Le maître de stage doit toujours être présent sur le lieu de stage.
- Le stagiaire doit avoir une unité de traitement à sa disposition.
- Nous vous prions d'ajouter les unités de traitement supplémentaires dans le formulaire si le cabinet dispose de plus de 8 unités de traitement.

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

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 (+ photo de l'équipement et de la facture d'achat ou d'entretien en Annexe D).

- Pour les instruments :

Produits :

Thermodésinfecteur :

Stérilisateur :

- Pour les instruments rotatifs :

Produits :

Appareils : Nettoyage :

Stérilisation :

Autres (veuillez spécifier) :

2.5.2 Quel système de dossier est utilisé ?

Informatisé	<input type="checkbox"/>
Manuscrit	<input type="checkbox"/>
Mixte	<input type="checkbox"/>

2.5.3 Usage courant de MyCareNet

eHealth	<input type="checkbox"/>
eAttest	<input type="checkbox"/>
eFact	<input type="checkbox"/>

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

DEMANDE D'AGRÉMENT MAÎTRE DE STAGE ET LIEU DE STAGE DENTISTE GÉNÉRALISTE

--

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

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

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

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

2.5.7 Quelle technique d'imagerie est utilisée ?

	Analogique	Numérique
Radiographie intra-orale*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie panoramique*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (veuillez spécifier)*	<input type="text"/>	

*Joindre en Annexe D une photo de chaque appareil.

Partie 3 : Fréquence des actes

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

		Régulière- ment	Occasion- nellement	Jamais (ou je réfère dans le cabinet)	Jamais (ou je réfère hors de le cabinet)	
Examens	Anamnèse médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Examen de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Etat parodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Etat radiographique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dpsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention	Instructions de brossage des dents ou d'hygiène buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Scellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Détartrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins réparateurs ou conservateurs	Restaurations directes (ex. obturations, composites, ...)	Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restaurations indirectes (ex. couronnes et bridges, ...)	Sur dents naturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sur implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses amovibles	Conventionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sur implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endodontie	Monoradiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pluriradiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extractions	Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Adultes	Mono- et pluri-radiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Résidus de racines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Éléments inclus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie orale	Petite chirurgie (ex. biopsies, gingivectomie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Placement d'implants oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parodontologie	Traitement parodontal non-chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Traitement parodontal chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désordres crânomandibulaires et occlusions	Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Thérapie (gouttière occlusale, physiothérapie, e.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthodontie	Appareil fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Appareil amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie 4 : Approbation des conditions et obligations légales

Base légale : e.a. la directive européenne 2005/36, *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 à 42 et *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.

Nous attirons votre attention que le respect des dispositions réglementaires précitées implique notamment :

- Mettre à la disposition des stagiaires un nombre suffisant de patients, ainsi que le matériel nécessaire pour travailler selon les standards actuels de la dentisterie.
- 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.
- Permettre au candidat de suivre sans conditions les formations théoriques 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.
- Le cabinet doit obtenir une autorisation de création et d'exploitation délivrée par l'AFCN, l'appareillage doit être approuvé et le maître de stage doit avoir une autorisation personnelle.

Partie 5 : Déclaration et Engagements

1. 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 dix années qui ont précédé l'agrément comme maître de stage.

2. 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.

3. Je m'engage à suivre les séminaires de formation destinés aux maîtres de stage au plus tard durant la première année de l'agrément comme maître de stage.

4. Je m'engage à avoir suivi au moins 1 séminaire de formation dans les 5 dernières années en cas de renouvellement ou de modification de mon agrément.

5. Je m'engage à permettre à mon stagiaire d'effectuer la garde dentaire dans le lieu de stage.

6. Je m'engage à avoir une assurance responsabilité civile qui couvre le « risque d'exploitation ».

7. Je joins au présent formulaire les pièces justificatives pour la recevabilité de ma demande.

Ces pièces sont :

Annexe A (modèle joint au formulaire) : Parce que je demande la modification de mon agrément actuel, la note explicative concernant la modification de l'agrément actuel ;



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



Service Center : 02/524.97.97



maitredestage@health.fgov.be

ATTENTION :



Veillez 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.



Vous serez informé de votre demande par votre [eHealthBox](#)

Annexe A : Note explicative concernant la modification de l'agrément actuel



Veillez joindre les preuves justifiant la modification d'agrément demandée (ex. : en cas d'ajout d'une unité de traitement : les photos de chaque unité de traitement, les factures d'installation de l'unité de traitement supplémentaire et tout autre élément qui selon vous peut aider le Groupe de Travail dans l'examen de votre demande...).

Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la signature tant du gérant que du maitre de stage:

Date

Annexe B : Formation continue

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

- 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 :

- 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.

N° Doc. joint	Date	Titre	Organisateur	Nombre d'heures	Nombre total d'heures par an
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					

