



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

Veuillez 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 ;

Annexe B (modèle joint au formulaire) : Liste récapitulative des formations continues parce que ces 5 dernières années je n'étais pas accrédité ou accrédité partiellement à l'INAMI. Pour chaque formation continue mentionnée, je joins une preuve de participation ;

Annexe C : la preuve d'inscription au rôle de garde.

Annexe D : Photos et scans des équipements employés par le cabinet :

Toutes les unités de traitement

Méthodes de stérilisation pour les instruments y compris l'instrumentation rotative : photos des équipements et scans des factures d'achat ou d'entretien :

Techniques d'imagerie : photos des appareils de radiographie panoramique et/ou autres.

Annexe E : les preuves de participation aux formations des maitres de stage (séminaires initiaux et de suivi).

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

Date

COMMENTAIRES :

à envoyer avec les annexes :



www.sante.belgique.be (formulaire de contact)

maitredestage@health.fgov.be

POUR PLUS D'INFORMATION :

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



<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. | | | | | |

