



Date de réception de la demande :

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

Nouvelle demande	<input type="checkbox"/>
Renouvellement ¹	<input type="checkbox"/>
Modification	<input type="checkbox"/>

Partie 1: Renseignements concernant le candidat maître de stage

1.1 Renseignements personnels


Nom	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	<input type="text"/>
Numéro de Gsm	<input type="text"/>
Adresse e-mail	<input type="text"/>
Numéro de registre national	<input type="text"/>
Numéro INAMI	<input type="text"/>


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

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

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

1.3 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 A et veuillez fournir les preuves des formations continues suivies.	<input type="checkbox"/>


J'ai participé aux séminaires de formation pour les maîtres de stage ²  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.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

1.4 Combien de stagiaires désirez-vous accompagner annuellement ?³

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

--

 Ajoutez en annexe l'attestation de participation au service de garde.

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.

³ Le maître de stage peut accompagner maximum deux stagiaires en même temps.

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



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	<input type="checkbox"/>
Lieu de stage supplémentaire	<input type="checkbox"/>

Rue + Numéro/boîte

Code postale + Commune

Numéro de téléphone

Numéro BCE de l'entité qui va rémunérer le stagiaire

Nom du gestionnaire



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	<input type="checkbox"/>
Pratique de groupe	<input type="checkbox"/>
Nombre de collègues (vous-même inclus)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
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 :

Veillez 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.

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

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

Unité de traitement 5

Unité de traitement 6

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

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

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

2.5.6 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"/>	

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Examen de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Etat parodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Etat radiographique	<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"/>	
	Fluorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Scellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prophylaxie	<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"/>
		Adultes	<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"/>
		Sur implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses amovibles	Conventionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sur implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endodontie	Monoradiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pluriradiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extractions	Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Adultes	Mono- et pluri-radiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Résidus de racines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Éléments inclus	<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"/>	
	Placement d'implants oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parodontologie	Traitement parodontal non-chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Traitement parodontal chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désordres crânomandibulaires et occlusions	Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Thérapie (gouttière occlusale, physiothérapie, e.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthodontie	Appareil fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Appareil amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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
- 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


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 1^{er} juillet 2015 le montant est 17.844,88 € par année de stage.

COMMENTAIRES :

FORMULAIRE A RENVOYER À :

 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, boîte 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

ATTENTION :

 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.

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

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 gestionnaire :

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					