



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Conseil Départemental de \_\_\_\_\_

FORMULAIRE DE DEMANDE DE QUALIFICATION EN CHIRURGIE  
EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE

**État civil**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

**Lieu et statut d'exercice**

Lieu d'exercice privé ou salarié : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice hospitalier (clinique, hôpital, centre de santé, ...): \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Statut :  Libéral

PU / PH

MCU / PH temps plein

MCU / PH temps partiel

PH temps plein

PH temps partiel

Assistant temps plein

Assistant temps partiel

Ancien assistant temps plein

Ancien assistant temps partiel

Praticien attaché - nombre de ½ journées par semaine : \_\_\_\_\_

**Cursus de formation**

Date du diplôme de doctorat en chirurgie dentaire : \_\_\_\_\_

Faculté d'origine du diplôme Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Diplômes (à préciser) :

Titre : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## Qualification en médecine bucco-dentaire

### Éléments d'appréciation de l'exercice en médecine bucco-dentaire

Précisez ci-dessous, en cochant les cases correspondantes, si vous avez des activités en lien avec la prise en charge de patients présentant des besoins spécifiques en santé bucco-dentaire du fait de :

<input type="checkbox"/> problèmes médicaux	<input type="checkbox"/> cancers maxillo-cervico-faciaux	<input type="checkbox"/> oncologie, hématologie
	<input type="checkbox"/> autres	
<input type="checkbox"/> problèmes psychiques, cognitifs, émotionnels ou comportementaux	<input type="checkbox"/> troubles psychiques	<input type="checkbox"/> immaturité, enfant non coopérant
	<input type="checkbox"/> troubles anxieux, phobies spécifiques au contexte des soins dentaires	<input type="checkbox"/> pathologie démentielle liée au vieillissement
	<input type="checkbox"/> addictions, troubles du comportement alimentaire	<input type="checkbox"/> autres
<input type="checkbox"/> problèmes sensoriels	<input type="checkbox"/> cécité <input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> autres	
<input type="checkbox"/> pathologies spécifiques, maladies rares et orphelines	<input type="checkbox"/> trisomie 21	<input type="checkbox"/> troubles psychomoteurs sans précision
	<input type="checkbox"/> autisme	<input type="checkbox"/> troubles neurologiques innés ou acquis, polyhandicap, infirmité motrice cérébrale
	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> poly-pathologies
<input type="checkbox"/> Situation sociale	<input type="checkbox"/> précarité	<input type="checkbox"/> détention, incarcération <input type="checkbox"/> autres
<input type="checkbox"/> autres, précisez : _____		

Précisez ci-dessous si vos activités en Médecine Bucco-Dentaire sont en lien avec :

- une pratique libérale, précisez : \_\_\_\_\_
- un réseau de soins, précisez : \_\_\_\_\_
- la permanence des soins, précisez : \_\_\_\_\_
- la continuité des soins, précisez : \_\_\_\_\_
- un hôpital, une clinique, précisez : \_\_\_\_\_
- un établissement spécialisé, précisez : \_\_\_\_\_
- autre, précisez : \_\_\_\_\_

### Le dossier de candidature

Pour permettre aux membres des commissions de qualification d'étudier votre formation et votre activité en Médecine Bucco-Dentaire, il convient de fournir un dossier qui doit permettre d'évaluer vos titres, travaux, fonctions et activités. Ces dernières seront évaluées au travers de vos relevés SNIR et/ou PMSI, et /ou de vos relevés RIAP des deux dernières années.

### Motivation de votre demande

Dans sa mission d'appréciation de l'exercice exclusif de médecine bucco-dentaire, la commission de qualification appréciera que vous lui adressiez une lettre de motivation

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur les déclarations contenues dans mon dossier Titres, travaux, fonctions et activités ainsi que les éléments ci-dessus.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_