

**LETTRE DE SÉLECTION et CONSENTEMENT PARENTAL ÉCLAIRÉ**

École Publique #

Adresse

Chef d'établissement scolaire/Assistant(e) au chef d'établissement scolaire

[Date]

Cher parent/tuteur, chère tutrice de [Insert Name] :

J'ai l'honneur de vous annoncer que nous sommes l'une des 16 écoles de la Ville de New York à lancer un nouveau programme gratuit de prévention des caries dentaires avec le College of Dentistry de NYU. Le programme proposera à l'école une fois par an des soins dentaires pour prévenir les caries et les maux de dents. Des dentistes, des hygiénistes dentaires agréés et/ou des infirmières assureront les soins aux élèves participants.

Ce programme fait partie d'une étude du College of Dentistry de NYU financée par l'Institut de recherches de résultats axés sur le patient (Patient Centered Outcomes Research Institute - PCORI) pour déterminer la relation entre la santé dentaire et la réussite scolaire.

Dans le cadre du programme, le dossier de santé dentaire, le relevé des présences ainsi que les scores aux examens standardisés de l'État de New York de votre enfant seront fournis au College of Dentistry de NYU et utilisés pour évaluer l'efficacité du programme tant que votre enfant bénéficie de soins dentaires préventifs à travers celui-ci. Nous envisageons de mettre en place ce programme pour une durée maximum de 5 ans. Votre enfant ne sera pas identifié(e) par son nom dans les analyses des données de recherche susceptibles d'être publiées.

La participation est libre et se base sur le volontariat. Aucune assurance maladie n'est requise. Cependant, si votre enfant est couvert(e) par Medicaid ou une autre assurance dentaire, la compagnie d'assurance sera facturée pour les services. Le numéro d'identifiant de facturation Medicaid de votre enfant sera utilisé pour relier les données de santé bucco-dentaire recueillies lors des programmes de prévention des caries en milieu scolaire dans la Ville de New York et les demandes de remboursement Medicaid.

**Si vous consentez à la participation de votre enfant, il/elle bénéficiera de soins préventifs des caries décrits ci-dessous qui peuvent être identiques aux soins dispensés dans un cabinet dentaire et sont conformes aux recommandations concernant la prévention des caries émanant des Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (U.S. Centers for Disease Control and Prevention).**

Ce programme fournira :

1. Une éducation au brossage de dents
2. Un examen bucco-dentaire pour vérifier les dents, la gencive et la bouche
3. Une prévention simple des caries grâce à du fluorure diamine d'argent sur les molaires + vernis fluoré sur toutes les dents
4. Une brosse à dents et du dentifrice
5. Un rapport pour l'infirmière scolaire et pour vous sur les soins de votre enfant
6. Une recommandation pour un dentiste pour des soins supplémentaires (si nécessaire) et des conseils pour trouver un dentiste local (si nécessaire)
7. Le programme suivra votre enfant dans le temps (maximum cinq ans) pour vérifier que sa santé bucco-dentaire s'améliore.
8. Si vous avez besoin d'un dentiste, vous pouvez en trouver un près de chez vous ici :

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

Il n'y a aucun risque connu pour la santé en ce qui concerne la prévention des caries. Veuillez noter que si votre enfant participe au programme, l'application de fluorure diamine d'argent peut entraîner une décoloration des caries et donner une couleur marron ou noire. Ce changement de couleur indique que la carie a arrêté de se développer. Un contact accidentel avec la peau peut provoquer une légère et temporaire coloration brune sur les lèvres, les joues, ou une tache permanente sur les vêtements. Pour enlever les taches sur la peau, veuillez appliquer immédiatement du savon et de l'eau. N'utilisez pas de méthodes excessives pour tenter d'enlever des taches difficiles sur la peau, elles finiront par s'estomper. Faites de même pour nettoyer les vêtements.

**Si vous consentez à ce que votre enfant participe au programme, veuillez compléter, signer et retourner le formulaire joint.** La participation ou le retrait de la participation peut intervenir à tout moment. S'il y a un changement concernant la tutelle de votre enfant durant cette période, un nouveau formulaire de consentement éclairé devra être signé.

Si vous avez la moindre question concernant ce programme, veuillez contacter : Dr Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, Rm 720, New York, NY. E-mail : [rniederman@nyu.edu](mailto:rniederman@nyu.edu). Tél. : 212-998-9719. Vous pouvez également contacter le Conseil de surveillance et de protection des participants aux études de New York University : New York University Institutional Review Board (IRB), 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012. E-mail : [ask.humansubjects@nyu.edu](mailto:ask.humansubjects@nyu.edu). Tél. : 212-998-4808.

Bien à vous,

[Insert Name], Chef d'établissement

Version 2.0 1.14.2019

Approuvé pour la période : Du 05/02/2019 au 14/05/2019

T&I-29177 (French)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève :

Prénom de l'élève :  Date de naissance :  /  /   
Mois Jour Année

Adresse de l'élève :

Ville :  État :  Code postal :

École :

Nom de l'enseignant(e) :  Grade :

QUESTION IMPORTANTE D'ORDRE MÉDICAL

Est-ce que votre enfant a des conditions médicales qui risquent d'affecter ou de compliquer les soins dentaires ? Il peut s'agir de problèmes de cœur, de respiration, de saignements, d'épilepsies, d'allergies (notamment les allergies à l'argent et aux fruits à coque), de maladies transmissibles, de déficits immunitaires, etc. Si Oui, veuillez expliquer. SI NON, VEUILLEZ NE RIEN INDIQUER

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE

Nom de jeune fille de la mère :  Prénom de la mère :

Nom de famille du père :  Prénom du père :

Le cas échéant, nom de famille du tuteur/de la tutrice légal(e) :

Prénom du tuteur/de la tutrice légal(e) :  Lien du tuteur/de la tutrice légal(e) avec l'élève :  Grand-parent  Tante ou oncle  Autre

Coordonnées du parent/tuteur/de la tutrice

Tél. domicile :  -  -  Tél. pro. :  -  -

Tél. portable :  -  -

E-mail :

Coordonnées d'une personne supplémentaire à contacter en cas d'urgence

Nom :

Tél. domicile :  -  -  Tél. pro. :  -  -

Tél. portable :  -  -  Relation à l'élève :

E-mail :

Réservé à l'usage de l'administration  
(For Office Use Only)



**INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE**

Does your child have Medicaid?  No  Yes: Medicaid ID #:

Does your child have Child Health Plus?  No  Yes: CHP #:

Which Plan?  Fidelis  Health Plus Amerigroup  MetroPlus  United Healthcare  Empire BlueCross BlueShield  
 Affinity  Healthfirst  HIP  WellCare  MVP  Other:

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance?  No  Yes, Health Plan:

Member ID or Social Security Number:

Name of Insured Adult:

Health Insurance Phone Number:  -  -

Birth Date of Insured Adult:  /  /

Month Day Year

Des soins seront offerts à votre enfant gratuitement, qu'il/elle bénéficie d'une assurance santé ou non.

**CONSETEMENT PARENTAL POUR DES SOINS DE SANTÉ CLINIQUES EN MILIEU SCOLAIRE**

J'ai lu et compris la lettre de sélection ci-jointe et j'accepte que mon enfant bénéficie de soins bucco-dentaires et participe au programme de recherche et de soins préventifs du College of Dentistry de NYU. En signant, j'accepte que mon enfant bénéficie de soins assurés par l'OHCP pendant les 5 ans de la durée du programme. De plus, j'autorise la diffusion du dossier de santé dentaire, du relevé des absences scolaires ainsi que des scores aux examens standardisés de l'État de New York de mon enfant dans le cadre de ce programme de recherche. Je peux retirer mon autorisation à tout moment en adressant une notification écrite à l'OHCP. Je comprends que je dois signaler au prestataire de soins tout changement significatif concernant la santé de mon enfant.

Date :  /  /   
 Mois Jour Année

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève si âgé(e) de plus de 18 ans)

**CONSETEMENT PARENTAL POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA**

J'ai lu et j'ai compris la diffusion d'informations médicales en page 2 du formulaire. En signant, j'autorise la publication d'informations médicales comme indiqué

Date :  /  /   
 Mois Jour Année

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève si âgé(e) de plus de 18 ans)

**CONSETEMENT POUR DES SOINS DE SANTÉ CLINIQUES EN MILIEU SCOLAIRE**

J'accepte que mon enfant bénéficie de services de soins bucco-dentaires dispensés par des professionnels de santé de l'OHCP agréés par l'État dans le cadre du programme scolaire de santé bucco-dentaire approuvé par le Département de la santé de l'État de New York tant que mon enfant est inscrit(e) à l'école. Je peux retirer mon autorisation à tout moment en adressant une notification écrite à l'OHCP. Je comprends que, conformément à la loi, le prestataire des soins bucco-dentaires est tenu au secret médical garantissant la confidentialité de certaines procédures spécifiques entre l'élève et lui. J'ai aussi compris qu'on encouragera les élèves à solliciter l'intervention de leurs parents ou tuteurs lors des consultations, conseils et choix de soins bucco-dentaires. Les soins cliniques bucco-dentaires dispensés en milieu scolaire peuvent inclure, entre autres, la prévention des problèmes de santé bucco-dentaire, des soins de restauration dentaire et des procédures d'urgence. La prévention des problèmes de santé bucco-dentaire comprend, entre autres, des examens dentaires complets aux soins d'hygiène dentaire, des plombages temporaires, des soins d'hygiène dentaire, des scellants dentaires et des traitements au fluor. Il peut s'agir également de l'application de fluorure diamine d'argent (Silver diamine fluoride - SDF) sur les molaires. L'utilisation de fluorure diamine d'argent peut entraîner une décoloration des caries et donner une couleur marron ou noire. Un contact accidentel avec la peau peut provoquer une légère et temporaire coloration brune sur les lèvres, les joues, ou une tache permanente sur les vêtements. Pour enlever les taches sur la peau, veuillez appliquer immédiatement du savon et de l'eau. N'utilisez pas de méthodes excessives pour tenter d'enlever des taches difficiles sur la peau, elles finiront par s'estomper. Faites de même pour nettoyer les vêtements.

**CONSETEMENT PARENTAL POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA**

Ma signature sur ce formulaire autorise la diffusion d'informations de santé. Ces informations peuvent être protégées de toute diffusion par les lois fédérales et de l'État sur la protection de la vie privée. En signant cette autorisation, je consens à la diffusion des informations de santé au Conseil de l'Éducation de la Ville de New York (dit Département de l'Éducation de la Ville de New York), ce qui peut inclure les infirmières scolaires, car la loi ou les dispositions réglementaires du Chancelier l'exigent, car il est nécessaire de protéger la santé et la sécurité de l'élève ou pour traiter une réclamation avec l'assureur de mon enfant. À ma demande, le service ou la personne diffusant ces informations de santé doit me fournir une copie de ce formulaire. La loi exige des parents de fournir certaines informations à l'école, notamment les certificats de vaccination. Ne pas communiquer ces données peut entraîner l'exclusion de l'élève de son établissement scolaire. J'ai obtenu des réponses aux questions que j'avais concernant ce formulaire. Je comprends que rien ne m'oblige à autoriser la diffusion des informations sur la santé de mon enfant, que je peux changer d'avis à tout moment et annuler mon consentement en le faisant savoir par écrit à l'OHCP. Cependant, une fois la diffusion des informations effectuée, le retrait ne peut être rétroactif et ne concerne pas, par conséquent, les données déjà diffusées. J'autorise l'OHCP à diffuser des informations spécifiques relatives à la santé de l'élève dont le nom figure au dos de cette page au Conseil de l'Éducation de la Ville de New York (ou Département de l'Éducation de la Ville de New York). **J'autorise la transmission par l'OHCP au Département de l'Éducation de NYC, et par le Département de l'Éducation de NYC à l'OHCP, d'informations de santé décrites ci-dessous afin de se conformer aux prescriptions légales et réglementaires et de garantir que l'école a les données nécessaires pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant. Je comprends que, conformément aux lois fédérales et de l'État, ainsi qu'aux dispositions réglementaires du Chancelier sur la protection du secret des données, ces informations resteront confidentielles :**

- Conditions pouvant nécessiter des soins d'urgence
- Conditions limitant l'activité quotidienne de l'élève (formulaire 103S)
- Diagnostic de certaines maladies transmissibles (ne comprenant pas l'infection HIV/les infections sexuellement transmissibles (Sexually Transmitted Infections – STI et autres services confidentiels protégés par la loi)
- Couverture assurance maladie

En signant la page 2 de ce formulaire, j'autorise aussi l'OHCP à contacter d'autres prestataires qui ont examiné mon enfant et à obtenir des informations sur l'assurance. La diffusion des informations est autorisée à partir de la date de signature de ce formulaire jusqu'à ce que l'élève ne soit plus inscrit(e) dans le programme de soins cliniques bucco-dentaires dispensés à l'école ou jusqu'à la révocation de cette autorisation, selon ce qui survient en premier.

Les droits des patients et la politique de confidentialité seront fournis par l'OHCP, conformément à la loi en vigueur.



9 9 9 9 9 9 9

