L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Formulaire de vérification professionnelle d'une condition médicale

Veuillez noter que cette vérification de la maladie, de la blessure ou de l'invalidité du patient doit être effectuée par un professionnel de la santé autorisé.

PARTIE 1 (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT)

Je, NOM EN LETTRES MOULÉES , n° d'inscription N° D'INSCRIPTION DE 6 CHIFFRES DE L'OHDO , autorise ce professionnel de la santé autorisé à fournir les informations confidentielles ci-dessous à l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario. L'Ordre peut contacter cette personne pour vérifier les informations fournies, mais ne peut demander des informations supplémentaires sans ma permission.

Signature du patient :	Date : (MM/JJ/AAAA)

PARTIE 2 (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ)

Le patient susmentionné a fait la demande d'une considération spéciale pour des raisons médicales. Le patient vous autorise à divulguer les informations demandées ci-dessous. Veuillez conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers, car votre bureau pourrait être contacté afin de vérifier que cette déclaration a bien été remplie dans votre bureau.

Selon votre opinion professionnelle, dans quelle mesure cette condition affecte-t-elle la capacité du patient à fournir des soins buccodentaires sûrs et efficaces ou à soumettre ses dossiers d'assurance de la qualité aux fins de vérification? (Il n'est pas nécessaire de divulguer la nature de la maladie ou du traitement, mais il est essentiel de connaître l'effet de la maladie et du traitement sur la capacité du patient à fournir des soins buccodentaires sûrs et efficaces, et à participer au processus d'évaluation du Programme d'assurance de la qualité (AQ).

Avez-vous conseillé à ce patient d'apporter des modifications à son horaire de travail? Si oui, le patient a-t-il effectué ces ajustements?

Expliquez les limitations, le cas échéant.

POUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA SANTÉ, VEUILLEZ INDIQUER CE QUI SUIT :

À quelle date avez-vous vu le patient?

À quelle date la maladie est-elle survenue?

Pendant combien de temps la maladie pourrait-elle affecter la capacité du patient à fournir des soins buccodentaires sûrs et efficaces et / ou à participer au Programme d'assurance de la qualité?

Signature :	Nom et titre (en lettres moulées) :
Adresse (tampon adresse acceptable) :	Numéro d'inscription :
	Téléphone / Télécopieur :

Date : (MM/JJ/AAAA)