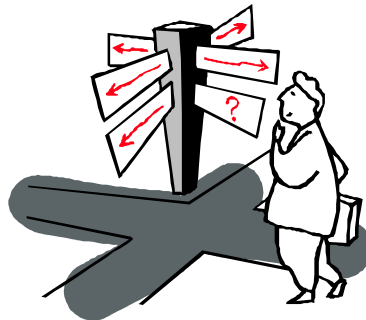


Service de Dentisterie –Stomatologie – Pédodontie – Orthodontie
Tel : 071 / 37.92.87

Dossier de liaison pour les traitements d'orthodontie



Cher patient, chers parents,

Ce fascicule sera notre moyen de communication, il est important de l'apporter avec vous à chaque rendez-vous.

Il contient non seulement un agenda de nos futurs rendez-vous, mais aussi, une liste de recommandations tant pour l'appareillage fixe que pour l'appareillage amovible, que faire en cas de problème, etc....

JOUR	DATE	HEURE	DURÉE APPROXIMATIVE

VOS RENDEZ-VOUS

Au cours du traitement, certains rendez-vous seront **obligatoirement** fixés **pendant les heures scolaires**. Il s'agit notamment des rendez-vous plus longs, soit pour poser un appareil, soit pour un soin spécifique, soit pour la dépose de l'appareil et bien sûr, pour toutes les urgences.

En ce qui concerne les **rendez-vous de contrôle**, nous ne pouvons **PAS garantir** qu'ils auront lieu **en dehors des heures scolaires**.

Pour le bon déroulement de la consultation, il est primordial de respecter les heures de vos rendez-vous. Un retard de votre part peut entraîner un décalage de toute la consultation. Le praticien, mal à l'aise devant une salle d'attente surchargée, est alors moins disponible pour ses patients.



Nous faisons tout notre possible pour être à l'écoute de nos patients aussi bien d'un point de vue horaire que d'un point de vue médical et/ou psychologique.

COLLABORATION AVEC VOTRE PRATICIEN HABITUEL

Notre équipe vous offre une gamme de soins bien spécifiques.

Cependant, et ceci est primordial, vous serez conseillés et ensuite ré-adressés à votre praticien traitant. En effet, nous sommes une équipe de spécialistes exclusifs et donc nous offrons nos conseils et nos services à vos praticiens habituels, ceci dans les règles les plus strictes d'éthique et de déontologie.

L'APPAREIL FIXE

L'appareil fixe est constitué de « bracketts » (petits carrés métalliques ou en porcelaine) collés sur les dents et de bagues scellées sur les molaires.

Multi-attaches collées / la précision des déplacements dentaires

Ces systèmes permettent d'atteindre un très haut degré dans le contrôle des déplacements dentaires.

En conséquence, votre praticien doit être extrêmement précis et rigoureux dans le positionnement de chaque attache sur chaque dent. L'appareil est généralement posé en deux fois, la partie supérieure puis inférieure ou inversement. Ce travail très méticuleux demande donc du temps, c'est pourquoi ces longs rendez-vous se feront toujours pendant les heures scolaires.

Dans chaque petit boîtier, le praticien va faire coulisser un arc. Cet arc, ce fil, va d'abord être très fin puis au cours du traitement il va changer de section et donc de « grosseur ».

L'utilisation d'arcs à mémoire de forme est maintenant banale en orthodontie. Une révolution dans notre pratique du fait des capacités de ces alliages thermo-réactifs.

Chaque plaquette est à elle seule une « mini » usine à déplacer la dent sur laquelle elle est collée ; c'est pourquoi il est très important de ne pas l'endommager ou la décoller !!

Cet appareil est conçu dans les meilleurs matériaux et offre une résistance remarquable aux différentes forces masticatrices mais il n'est pas infallible ; aussi, certaines précautions s'imposent :

- ❖ Ne pas manger d'aliments collants tels que les sugus, chokotoff, fruitella, cha-cha, mars, twix, pastilles valda, violettes, caramel mou et autres chewing-gum !
- ❖ Ne pas croquer dans des aliments durs tels que baguette, biscuit militaire, saucisson sec, mini-brochette, etc...
- ❖ Ne pas défaire ou enlever avec les dents des capuchons de bouteilles en plastique, des lacets de chaussures, des capuchons de bics ou de marqueurs.
- ❖ Ne pas se ronger les ongles.
- ❖ Se brosser les dents après chaque repas ou au moins matin et soir et cela très consciencieusement, faute de quoi vous risquez de voir apparaître des taches blanches dites de « déminéralisation » autour des bracketts, taches qui seront indélébiles.
- ❖ Pour ceux qui ont des attaches transparentes : éviter tous aliments contenant des colorants artificiels tels que curry, sauce tomate, jus d'orange, etc...
- ❖ Ne pas chipoter ni aux attaches, ni aux fils : vous risquez de créer des mouvements parasites.

Lors de la pose de l'appareil, certains petits désagréments risquent d'apparaître.

- ❖ Douleurs dentaires
- ❖ Petites blessures de la langue ou des joues
- ❖ Salivation excessive
- ❖ Marques imprégnées sur la langue
- ❖ Certaines légères difficultés d'élocution.

Ces désagréments dureront entre 3 et 5 jours au maximum .Courage

Vous pouvez néanmoins remédier à ceux-ci par :

- ❖ Une prise d'anti-douleurs légers tels que Dafalgan, Panadol, Perdolan ou Arnica 30 CH
- ❖ Des bains de bouche tels que Aseptosyl, Hibident, Listerine ou Teinture mère de Calendula
- ❖ L'application de cire orthodontique (elle vous sera fournie par votre praticien).

En outre nos assistantes vous remettront une trousse dans laquelle vous trouverez tout le matériel nécessaire au bon entretien de votre appareil et à la protection des joues.

Voilà, désormais vous savez tout ce qu'il vous reste à faire pour travailler en collaboration avec votre orthodontiste .Tout manquement vous amènera des soucis et risque de prolonger la durée de votre traitement !

Allez, en route pour la construction de votre nouveau sourire.....



L'APPAREIL DE CONTENTION

Voilà, après ces nombreux mois de traitement, vous êtes récompensé et vous avez un beau sourire et vos dents sont bien alignées.

L'appareil fixe vient d'être déposé et c'est maintenant à l'appareil de contention de finaliser le résultat.

En effet, cet appareil que vous allez maintenant porter va permettre de bien emboîter toutes les dents afin que l'occlusion soit parfaite et ainsi assurer la meilleure stabilité possible à votre dentition.

Aussi, est-il très important de bien suivre les recommandations qui suivent !

- Vous devez porter cet appareil entre 12 à 14 h par jour (nuit comprise) tous les jours pendant les 6 premiers mois.
- **Sachez que si l'appareillage fixe était important, l'appareil de contention lui est primordial et il doit être porté jusqu'à la fin de la croissance (au minimum parfois même à vie) !!!**
- En aucun cas au cours de ces 6 premiers mois vous ne devez négliger le port quotidien, il en va de votre résultat final.
- **Toutes les remarques que votre orthodontiste vous a faites à propos de la façon de bien respirer, de bien positionner votre langue lorsque vous avalez, de ne pas interposer votre lèvre inférieure, de ne pas vous ronger les ongles,...prennent à présent toute leur valeur ! En effet, privées du soutien permanent de l'appareil fixe, les dents risquent de subir l'influence négative des forces de succion, etc...et de nouveau mal se positionner !!**
A vous maintenant de bien respecter ces consignes pour la réussite de votre traitement !
- Au bout des 6 premiers mois, vous allez pouvoir diminuer progressivement le port de cet appareil. Vous le porterez d'abord une nuit sur 2, puis une sur 3, puis 2 fois par semaine et puis enfin 1 fois par semaine et enfin plus du tout.
- Si vous avez bien suivi tous ces conseils, votre sourire restera beau et stable et tous vos efforts auront été couronnés de succès !



QUELQUES CONSEILS DE BROSSAGE

- Brossez-vous les dents 2 fois par jour : matin et surtout le soir.
- Le soir, le brossage doit être hyper-minutieux et avoir une durée minimum de **3 minutes**.
- La brosse à dents doit avoir une petite tête afin de pouvoir passer partout.
- La brosse à dents doit être ultra-souple et ce, quelle que soient les circonstances ; les brosses à dents médium ou/et dures rayent l'émail et blesse les gencives .
- Utilisez 1 fois par semaine un gel fluoré après vous être brossé les dents et ne rincez pas afin que le gel pose toute la nuit (pour se faire ne mettez qu'une petite quantité de gel sur la brosse).
- Vous pouvez également, en plus, utiliser une eau buccale fluorée quotidiennement
- Dans le kit qui vous a été remis, il y a des petites tablettes révélatrices de plaque. Vous pouvez les utiliser pour vérifier la qualité de votre brossage.
- Si vous utilisez une douche buccale, commencez par celle-ci et puis procédez au brossage.
- Si vous utilisez une brosse à dent électrique, sachez qu'il existe désormais des têtes spéciales pour l'orthodontie.
- Il existe en pharmacie et parapharmacie, de petits goupillons inter-dentaires qui peuvent se révéler bien utiles dans certaines circonstances.

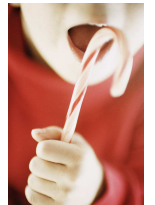


Ententes de Coopération

Afin que mon traitement soit un succès, je signe ce jour avec mon orthodontiste un contrat d'ententes :

Moi,.....en tant que patient,
je m'engage à :

1. **Me brosser les dents correctement** afin que mes attaches soient bien propres, que mes gencives ne saignent pas et que mon haleine soit fraîche
2. **Ne pas endommager mon appareil** en supprimant les aliments durs ou/et collants et en n'y chipotant pas
3. **Porter mes élastiques** ou autres auxiliaires comme convenu et c'est d'autant plus vrai en ce qui concerne mon appareil de contention
4. **Respecter mes rendez-vous** en n'en oubliant pas et en arrivant bien à l'heure !



Moi, Cathy Rigaux, orthodontiste, je m'engage à aider et encourager

.....
afin qu'il/elle obtienne un joli sourire et serai toujours prête à répondre à ses demandes ou ses questions.

Date et signature :

CONSETEMENT ECLAIRE (Exemplaire pour le patient)

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1. je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à tout traitement orthodontique (douleurs, inconfort, blessures éventuelles, etc...), ainsi que ceux liés au non-traitement (douleurs articulaires, problèmes d'équilibre postural, etc..) et/ ou à son arrêt avant la fin (que ce soit pendant le traitement actif et / ou la période dite de contention)

2. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant mon/le traitement orthodontique de mon fils/ma fille
et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, ainsi que des risques liés au manque de coopération et au manque d'hygiène !
Vous m'avez informé(e) des bénéfices attendus de ce traitement et des alternatives thérapeutiques.

3. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et c'est en toute connaissance de cause que je vous demande de pratiquer ce traitement orthodontique.

4. J'ai également été prévenu qu'au cours du traitement, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, mon praticien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

5. Je reconnais que, d'un commun accord, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

6. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post traitement, notamment en ce qui concerne l'aspect fonctionnel c'est à dire la réhabilitation complète des fonctions ventilatoires (respiration) ainsi que la nécessité de rétablir une déglutition fonctionnelle !!
Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour **approcher** le résultat souhaité.

Fait à : Le :

Nom: Prénom:

Représentant légal de

Adresse:
.....
.....
.....

Signature, (à faire précéder de la mention manuscrite "lu et approuvé")

CONSETEMENT ECLAIRE (Exemplaire pour le prestataire)

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1. je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à tout traitement orthodontique (douleurs, inconfort, blessures éventuelles, etc...), ainsi que ceux liés au non-traitement (douleurs articulaires, problèmes d'équilibre postural, etc..) et/ ou à son arrêt avant la fin (que ce soit pendant le traitement actif et / ou la période dite de contention)
2. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant mon/le traitement orthodontique de mon fils/ma fille
et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, ainsi que des risques liés au manque de coopération et au manque d'hygiène !
Vous m'avez informé(e) des bénéfices attendus de ce traitement et des alternatives thérapeutiques.
3. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et c'est en toute connaissance de cause que je vous demande de pratiquer ce traitement orthodontique.
4. J'ai également été prévenu qu'au cours du traitement, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, mon praticien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.
5. Je reconnais que, d'un commun accord, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.
6. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post traitement, notamment en ce qui concerne l'aspect fonctionnel c'est à dire la réhabilitation complète des fonctions ventilatoires (respiration) ainsi que la nécessité de rétablir une déglutition fonctionnelle !!
Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour **approcher** le résultat souhaité.

Fait à : Le :

Nom: Prénom:

Représentant légal de

Adresse:

.....

.....

Signature, (à faire précéder de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Identification du patient

**Devis pour les appareils d'orthodontie
 et procédure à suivre**

Prise en charge mutuelle : OUI / NON

1) Devis pour les appareils d'orthodontie:

Éléments du devis	Coût en Euros
Forfait appareil début traitement€
Forfait appareil après 6 mois€
Contentions€
Appareillage complémentaire€
Total€

Dates des rendez-vous prévus (à condition que l'arrangement de paiement soit respecté à défaut, les rendez-vous seront annulés:

.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...

2) Avis du service financier de la clinique :

Accord : OUI - NON

Date de contact : .../ .../ ...

Acomptes perçus ou à percevoir:

- Euros le ... / ... / ...
- Euros le ... / ... / ...
- Euros le ... / ... / ...
- Euros le ... / ... / ...
- Euros le ... / ... / ...
- Suite

Procédure

- 1)** Le patient rencontre l'orthodontiste afin d'établir un devis concernant son (ses) appareil(s) d'orthodontie. (À ce stade aucun RDV n'est pris pour le placement).
- 2)** Lorsque le **patient** est en **possession** de ses **devis**, directement après son rendez-vous chez l'orthodontiste, il se rend au service **Facturation / Contentieux** afin de **faire le point** et éventuellement déjà établir un **plan de paiement**. A l'issue de cet entretien, le patient est informé du mois de démarrage de ses consultations d'orthodontie, à condition que le plan de paiement soit respecté.
Le patient reçoit des bulletins de virement avec son MRN (numéro de dossier à la CNDG) dans la zone de la communication structurée.

Un dossier administratif commun à la Facturation / Contentieux et au service de dentisterie est créé. Le service Facturation / Contentieux y note le nom du patient, la date du premier contact (Facturation / Contentieux), le montant du plan de paiement, le mois approximatif du dernier versement, le feu vert de fin de la procédure.

- 3)** Versements conformément au plan de paiement à l'aide des bulletins de versement fournis par le service de Facturation / Contentieux.
- 4)** Une fois le dernier versement est effectué, le patient contacte le service contentieux (071/37.96.27) et fournit la preuve de paiement de ce versement.
- 5)** Le feu vert sera alors donné à la dentisterie. Le patient pourra alors appeler la dentisterie pour prendre ses RDV pour la suite de ses soins.

Service Facturation

Permanence téléphonique : du lundi au vendredi de 08h à 12h - 071/37.96.27

Bureau accessible : lundi de 08h à 12h - mercredi de 13h30 à 16h30 –
vendredi de 08h à 12h

email : facturation.patients@cndg.be