

Vous êtes Chirurgiens-dentistes et vous avez signé la charte d'engagement.

Vos réponses à ce questionnaire contribueront à :

- La structuration du réseau de coordination des parcours de soins, selon trois niveaux de prise en charge :
 - Soins en cabinet dentaire de ville
 - Soins sous MEOPA au cabinet ou en milieu hospitalier,
 - Soins sous anesthésie générale ;
- L'orientation des usagers du réseau en fonction de leurs besoins d'accompagnement et de leurs spécificités de soins, en lien avec vos compétences, votre équipement, votre type d'exercice et vos disponibilités ;
- La mise en place d'actions de sensibilisation, de formation et de partage d'expériences.

Ce réseau a pour objectif de faciliter l'accès aux soins dentaires pour les personnes ayant des besoins spécifiques et de les accompagner dans un parcours de soins adapté à leur situation.

Il vise également à vous accompagner dans l'organisation de la prise en charge de ces patients ainsi que dans leur orientation si nécessaire.

Les informations collectées dans ce formulaire sont traitées de manière confidentielle et sont utilisées uniquement dans le cadre de l'association HANDIDENT La Réunion. Vos données personnelles ne seront pas partagées avec des tiers sans votre consentement explicite.

Consentement

En remplissant et en soumettant ce formulaire, vous acceptez que vos données soient collectées et traitées conformément à notre politique de confidentialité. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement en nous contactant à l'adresse contact@handident.re

Droits des personnes concernées

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité et d'opposition concernant vos données personnelles. Pour exercer ces droits, veuillez nous contacter à l'adresse contact@handident.re

INFORMATIONS GENERALES

1.Coordonnées administratives

Nom, Prénom(s) du praticien :

Nom du cabinet (facultatif) :

Adresse complète du cabinet dentaire (si vous exercez dans plusieurs cabinets dentaires, merci de remplir un formulaire pour chaque lieu d'exercice) :
.....
.....

Courriel sécurisé :

Téléphone professionnel communicable aux patients :

Téléphone professionnel pour la communication avec HANDIDENT La Réunion :

Numéro RPPS :

2.Type d'exercice :

- ☐ Omnipratique
- ☐ Pédodontie
- ☐ ODF
- ☐ Chirurgie orale
- ☐ Implantologie
- ☐ Exercice hospitalier
- ☐ Parodontie
- ☐ Exercice limité, précisez :

3. Votre cabinet est-il équipé :

- ☐ Assistant (e) au fauteuil
- ☐ Panoramique
- ☐ Scanner
- ☐ Cone Beam
- ☐ Soutien ludique
- ☐ Equipement permettant de soigner le patient sur son fauteuil roulant
- ☐ Autre. Précisez :

4. Votre cabinet est-il accessible aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement
- ☐ Je ne sais pas

FORMATIONS ET COMPETENCES

5. Avez-vous une spécialisation ?

- ☐ DES MBD
- ☐ DES Chirurgie Orale
- ☐ DES ODF

6. Etes-vous formé ?

- ☐ MEOPA
- ☐ Hypnose
- ☐ Pédodontie
- ☐ Autre

7. Etes-vous équipés en MEOPA ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ACCUEIL DES PATIENTS A BESOINS SPECIFIQUES

8. Accueillez-vous des patients correspondant à la grille APECS / besoins spécifiques ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Si oui combien :

..... / semaine OU / mois

9. Accueillez-vous régulièrement des patients avec un Trouble du Neuro-Développement (TND)?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui

- ☐ Déficience intellectuelle
☐ Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)
☐ Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)
☐ Autre, précisez :

10. Accueillez-vous régulièrement des patients personnes âgées semi-autonomes et ou non autonomes ?

- ☐ Oui
☐ Non

11. Accueillez-vous fréquemment des personnes ayant des pathologies chroniques ?

- ☐ Diabétique
☐ Pathologie cardiaque
☐ Pathologie rhumatismale

12. Avez-vous un temps dédié sur votre planning à l'accueil et aux soins des personnes avec un handicap ou avec une perte d'autonomie ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui pouvez-vous préciser votre organisation

.....
.....

CAPACITE D'ACCUEIL VIA LE RESEAU HANDIDENT LA REUNION

13. Merci de préciser le nombre de patients que vous pouvez accepter via le réseau Handident La Réunion :

..... / semaine ou / mois

14. Pouvez-vous préciser de délai moyen d'attente pour obtenir un rendez-vous :

- ☐ Moins de 15 jours
- ☐ 15j à 1 mois
- ☐ 1 à 3 mois
- ☐ Plus de 3 mois

COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

Merci de nous retourner le formulaire complété :

- soit par courriel à : contact@handident.re
- soit par courrier postal à l'adresse suivante :
Association HANDIDENT La Réunion
1 rue Jean Jaurès
97410 Saint-Pierre