**Annexe B – Formulaire de demande de documents**

**pour Évaluation des diplômes et compétences en Hygiène dentaire**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Candidat** – LE CANDIDAT DOIT COMPLÉTER CETTE SECTION | | | | | | | | | | |
| Nom du candidat: | |  | | | | | | | | |
|  | | Nom légal complet | | | | | | |  | |
| No d'identification d'étudiant: | | |  | | Date de naissance: |  | | Mois/Année de graduation: | |  |
| *Je consens à ce que les établissements d'hygiène dentaire que j'ai fréquenté divulguent l'information demandée dans le présent Formulaire de demande de documents au Bureau national de la certification en hygiène dentaire du Canada (BNCHD) dans le but d'effectuer une évaluation de mes diplômes et compétences.* | | | | | | | | | | |
| Date: |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |

**Directives à l'intention de l'établissement d’enseignement pour soumettre le document ci-joint.**

Le candidat ci-dessus nommé a fait une demande d’évaluation de ses diplômes et compétences auprès du Bureau national de la certification en hygiène dentaire du Canada (BNCHD). Le BNCHD est responsable d'évaluer les diplômes et compétences d'hygiénistes dentaires formés à l'extérieur du Canada dont le programme de formation n'est pas agréé par la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CDAC) ou par d'autres ententes d'agrément réciproques, dans le but de déterminer s’ils rencontrent les compétences de pratique de l'hygiène dentaire courantes et publiées afin de déterminer s’ils sont admissibles à passer l'examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) du Canada.

Pour nous aider à compléter l'évaluation du candidat, veuillez nous fournir les renseignements demandés dans le document ci-joint (Annexe B). Le registraire, le doyen ou le directeur de programme de votre établissement peut remplir le formulaire de demande de documents. **L'établissement se doit d'envoyer tous les renseignements directement au bureau du BNCHD, et non au candidat/ancien étudiant.** Nous refuserons ce formulaire si le candidat l'a rempli ou si c'est lui qui nous l'envoie.

Ce document a été préparé en tenant compte de la diversité des maisons d'enseignement au travers le monde y compris l'Amérique du nord. Certaines questions ou terminologie employées dans ce document peuvent ne pas avoir le même sens ailleurs qu'en Amérique du nord comme par ex., modules, approche de formation par résolution de problèmes, etc...). Si vous avez de la difficulté à comprendre le sens des questions ou la terminologie utilisées dans ce document, veuillez communiquer avec nous par courriel au [exam@ndhcb.ca](mailto:exam@ndhcb.ca) et nous serons en mesure de vous aider.

**DOCUMENTS DEVANT ACCOMPAGNER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOCUMENTS**

En plus de ce formulaire, incluant cette page, veuillez nous faire parvenir les documents qui contiennent les renseignements suivants au sujet de la formation reçue par votre ancien étudiant:

* Un répertoire officiel du programme, si disponible.
* Un relevé de notes officiel émis et transmis par la maison d'enseignement.
* Le système de notation employé au moment des études de l'étudiant.
* Les facteurs de pondération (valeur de chaque cours comparativement aux autres cours), le cas échéant.
* Le répertoire de tous les cours du programme **au moment des études de l'étudiant** (peut aussi être appelé plan de cours, syllabus des cours, description des cours, etc...) incluant le nom des cours, une description détaillée de chacun des cours, des objectifs détaillés d'apprentissage/de résultats d'apprentissage/de compétences.
* Le nombre de crédits de formation obtenu pour les cours théoriques, les cours de laboratoire, les cours précliniques et cliniques et/ou le nombres d'heures pour chacun et les résultats académiques obtenus pour chaque cours.
* Les rapports touchant les cours de pratique clinique supervisés incluant le nombre d'heures, les compétences pratiquées et une description détaillée des sessions cliniques supervisées.

**La maison d'enseignement en Hygiène dentaire doit remplir la section suivante:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE REMPLI PAR: | |  | REGISTRAIRE |  | | DOYEN DU PROGRAMME | | |  | PRINCIPAL | |  | DIRECTEUR DU PROGRAMME |
| Nom: |  | | | | | | | | | |
|  | Écrire par ordinateur ou en caractères d'imprimerie | | | | | | | | | |
| Courriel: |  | | | | | | | | | |
| Signature: |  | | | |  | | Date: |  | | |

Sceau/Estampe de l'institution

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'étudiant: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de naissance: | | | |  |  | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | jour | | | mois | | année | | | | |
|  |  | Homme | | |  | | | Femme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l'établissement en hygiène dentaire: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l'école (*si diférent de ci-haut*): | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse de l'établissement: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone: | | |  | | | | | | | | | | Site Web: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du diplôme ou certificat accordé: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Langue de formation: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exigence académique minimale pour l'admission au programme: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mode d'admission de l'étudiant si différent de ci-haut: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de crédits transféré d'une formation précédente (s'il y a lieu): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d'admission de l'étudiant: | | | |  | | | | | | | | | | | | Date de graduation de l'étudiant: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durée du programme: Nb d’années | | | | | | | | | | |  | | | Nb de semestres | | | | | |  | | | | | Nb total d’heures | | |  | | | | |
| Nb de semaines par semestre | | | | | | | | | |  | | | | | | | Nb d’heures par crédit | | | | | | | | |  | | | | | | | |

PAGE SUIVANTE ►

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Combien d'heure(s) pratique dans 1 crédit? | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ce type de programme en HD est: | | |  | Modulaire | | | | |  | | Par résolution de problèmes |  | Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Date où l'étudiant a terminé toutes les exigences théoriques et pratique du programme en HD: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Date que le diplôme/certificat en HD a été octroyé: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Existe-t-il une autorité légale qui a la responsibilité d'accréditer votre institution? Veuillez indiquer le nom complet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ministère/Département de l'Éducation | | | |  | | Ministère/Département de la Santé | | | | | |  | Autre (Spécifiez): | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce qu'un étudiant peut travailler en tant qu'hygiéniste dentaire dès la fin de son programme d'études? | | | | | | | | | | | | | | | |  | OUI | |  | NON |
| Quelles sont les exigences pour que l'étudiant soit capable d'exercer en tant qu'hygiéniste dentaire après avoir terminé avec succès son programme d'études?  *Par exemple, y-a-t’il d'autres exigences auxquelles l'étudiant doit satisfaire avant qu'il ne soit admissible à exercer en tant qu'hygiéniste dentaire dans votre juridiction (par ex. examen national, examen de licence, période obligatoire de résidence clinique, inscription à un organisme de réglementation ou au Ministère de la Santé ou à d'autres autorités).* ***Veuillez fournir le plus d’ informations détaillées possibles.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGE SUIVANTE ►

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | La pratique indépendante, autonome ou comme intervenant de soins primaires faisait-elle partie du programme? | |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s) numéro(s) de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Comment votre programme définit-il la pratique indépendante/autonome? | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Est-ce que vos étudiants apprennent à faire un diagnostic en hygiène dentaire? |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Est-il permis à vos gradués d'effectuer un diagnostic en hygiène dentaire? |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Est-ce que vos gradués développent un plan de traitement sans la direction ou supervision d'un dentiste? |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Est-ce que la pratique basée sur les données probantes est enseignée dans votre programme? |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s0) numéro(s) de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Comment votre programme définit-il la pratique basée sur les données probantes? | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Est-ce que les domaines de la science et de la recherche sont enseignés dans votre programme? |  | | OUI | |  | | NON | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s) numéros de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Comment votre programme définit-il les méthodes de recherche scientifique? | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

PAGE SUIVANTE ►

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Est-ce que le comportement éthique/l'éthique professionnelle est enseigné dans votre programme? | | | | | | |  | | OUI | |  | | NON | | | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s) numéros de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Quel modèle de pratique de l'hygiène dentaire est enseigné dans votre programme? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s) numéros de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Est-ce que l'ergonomie est enseignée dans votre programme? | | | |  | OUI | | |  | | NON | | | | |
|  | Dans l'affirmative, veuillez énoncer le titre du/des cours, le(s) numéros de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | Nombre total d'heures de pratique clinique en hygiène dentaire supervisées par des professeurs hygiénistes dentaires: | | |  | | | | | | | | |
|  | Répartition des heures de pratique clinique en hygiène dentaire supervisées dans les domaines suivants: | | | | | | | | | | | |
|  | Sur client en clinique: |  | Éducation santé dentaire: | | | |  | | | | | | | |
|  | Santé dentaire communautaire: |  | Autres heures: | | | |  | | | | | | | |
|  | Veuillez décrire les domaines de pratique: | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |

Retournez ce formulaire (incluant la première page dûment complétée par l'étudiant), accompagné des documents contenant toute l'information indiquée sous "Documents à joindre au formulaire de demande de documents en page 1 de ce formulaire **directement à nos bureaux** (et NON à l'étudiant) à l'adresse suivante:

Bureau national de la certification en Hygiène dentaire du Canada

1929, Chemin Russell, suite 322, Ottawa, ONTARIO, Canada K1G 4G3

Tél: 613.260.8156 Télec.: 613.260.8511

Courriel: [exam@ndhcb.ca](mailto:exam@ndhcb.ca) Site Web: [www.ndhcb.ca](http://www.ndhcb.ca)

NOTE: Nous n'accepterons que la copie originale de ce document envoyée par votre institution accompagnée du relevé de notes de l'étudiant.