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

**pour Évaluation des équivalences**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Candidat** – LE CANDIDAT DOIT COMPLÉTER CETTE SECTION | | | | | | | | | | |
| Nom du candidat(e) : | |  | | | | | | | | |
|  | | Nom légal complet | | | | | | |  | |
| No d'identification d'étudiant(e) : | | |  | | Date de naissance : |  | | Mois/Année de graduation : | |  |
| *Je consens à ce que le représentant de l'établissement d'hygiène dentaire que j'ai fréquenté, nommé à la page 3 de ce document, agisse comme personne contact et soit responsable de divulguer l'information demandée dans le présent Formulaire de demande de documents à la Fédération des organismes de réglementation d’hygiène dentaire du Canada dans le but d'effectuer une évaluation de mes diplômes et compétences en hygiène dentaire.*  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 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 de la Fédération des organismes de réglementation d’hygiène dentaire du Canada (FORHDC). La FORHDC 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 ce formulaire ainsi que tous les renseignements directement au bureau de la FORHDC, et non au candidat(e)/ancien(ne) étudiant(e).** Nous refuserons ce formulaire et toute autre documentation si ceux-ci ne nous parviennent pas directement de votre établissement.

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, ...). 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@fdhrc.ca](mailto:exam@fdhrc.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 en hygiène dentaire reçue par votre ancien(ne) étudiant(e) :

* 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(e).
* Les facteurs de pondération (nombre d'heures par cours/module/semestre/année).
* Tous les descriptifs de cours du programme **au moment des études de l'étudiant(e)** (peut aussi être appelé plan de cours, syllabus des cours, description des cours, ...) incluant le nom des cours, une description détaillée de chacun des cours, les objectifs détaillés d'apprentissage/les résultats d'apprentissage/les compétences de chaque cours ainsi que les méthodes d'évaluation.
* Le nombre de crédits de formation ou d'heures obtenu pour les cours théoriques, les cours de laboratoire, les cours précliniques et cliniques et la note de passage pour chaque cours.
* Les rapports de résultats obtenus pour tous les rotations cliniques externes et tous les cours de pratique clinique sur client supervisés incluant le nombre d'heures, les compétences pratiquées et une description détaillée des sessions cliniques supervisées.

IMPORTANT : Veuillez nous faire parvenir toute la documentation dans la langue d’instruction.

Si la langue d'instruction n'est ni l'anglais ni le français et que votre établissement d'enseignement a à sa disposition une traduction mot pour mot en anglais ou en français des documents à fournir, la FORHDC les acceptera seulement si vous les authentifiez comme étant vrais et fidèles.

Si votre établissement ne possède pas de traduction mot pour mot de tous les documents, le candidat sera responsable de nous fournir une traduction officielle des documents originaux après que ceux-ci seront reçus par la FORHDC.

**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(e) : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | |  |  |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | jour | | mois | année | | | |
| Nom de l'établissement en hygiène dentaire : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l'école (*si différent 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(e) si différent de ci-haut : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de crédits transféré d'une formation précédente (s'il y a lieu) : | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Date d'admission de l'étudiant(e) : | |  | | | | | | | | | | Date de graduation de l'étudiant(e) : | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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(e) 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 responsabilité d'accréditer votre institution? Veuillez indiquer le nom complet. | | | | | | | | | | | | | |
| Ministère/Département de l'Éducation | | | Ministère/Département de la Santé | | | | | | Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce qu'un(e) étudiant(e) 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(e) 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(e) 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(e) et les sujets abordés dans ce(s) cours : | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | Comment votre programme définit-il la pratique indépendante/autonome? | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | Est-ce que vos étudiant(e)s 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(s) numéro(s) de cours en fonction du relevé de notes de l'étudiant(e) 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(e) et les sujets abordés dans ce(s) cours: | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | Comment votre programme définit-il les méthodes de recherche scientifique? | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |

PAGE SUIVANTE ►

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Est-ce que l'éthique professionnelle et la jurisprudence sont enseignées 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(e) 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(e) 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(e) 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 : | | | |  | | | |
|  | Promotion de la santé/Santé dentaire communautaire : |  | Autres heures : | | | |  | | | |
|  | Veuillez décrire les domaines de pratique : | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

Retournez ce formulaire (incluant la première page dûment complétée par l'étudiant(e)), accompagné de toute la documentation requise **directement à nos bureaux** (et NON à l'étudiant(e)) à l'adresse suivante :

La Fédération des organismes de réglementation d’hygiène dentaire du Canada

75-B rue, Colonnade, Ottawa, ONTARIO, Canada K2E 0A8

Tél : 613.260.8156 Téléc. : 613.260.8511 Courriel : [exam@fdhrc.ca](mailto:exam@fdhrc.ca)