



PRESTAZIONI DENTISTICHE GRATUITE



dental health
services victoria



VICTORIA
State
Government

Programma dentale GRATUITO per le scuole Smile Squad

Smile Squad tra poco visiterà la tua scuola.

Il programma di prestazioni dentistiche per le scuole del Governo del Victoria è GRATUITO per tutti gli studenti delle scuole pubbliche statali. Firma e restituisci questo pacchetto per fare in modo che la tua famiglia non perda questa occasione.

Tutti gli studenti possono usufruire di:

- un check-up dentale gratuito
- servizi di prevenzione per mantenere sani i denti
- trattamenti generali (se necessario)

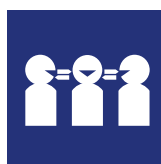
Per maggiori informazioni, o se hai bisogno di aiuto per compilare i moduli:

- **Email:** smilesquad@dhsv.org.au
- **Telefono:** 1300 503 977
- **Visita la pagina web:** www.health.vic.gov.au/smile-squad

Cosa devi fare:

- 1 Leggi** tutte le informazioni in questo pacchetto.
- 2 Compila** e firma tutti i moduli in inglese:
 - Modulo per il consenso (p4)
 - Dettagli dello studente (p5)
 - Consenso del paziente all'addebito diretto a carico di Medicare (bulk billing) nel Programma di prestazioni dentali per i minori (facoltativo) (p6)
 - Anamnesi (p7)
 - Questionario sull'igiene orale (p8)
- 3 Restituisci** i moduli alla tua scuola al più presto possibile.
- 4 Conserva** tutte le altre informazioni in questo pacchetto per consultarle in futuro.

Ti invitiamo a compilare i moduli in STAMPATELLO.



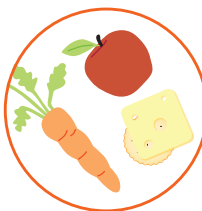
È possibile leggere il modulo per il consenso in altre lingue.

Visita la pagina web: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad o scansiona il codice QR per trovare i moduli tradotti.



Ti invitiamo a presentare soltanto la versione inglese.

Mangia bene, bevi bene, pulisci bene



Scegli alimenti freschi e limita cibo, bevande e dolci con molto zucchero



Bevi molta acqua del rubinetto



Lavati i denti alla mattina e alla sera con un dentifricio al fluoro

È a pagamento?

No. Questo è un servizio gratuito per tutti gli studenti, fornito dal Governo del Victoria.

Opinioni

Facci sapere la tua opinione (positiva o negativa) in qualsiasi momento. Puoi mandare per email le tue opinioni all'indirizzo smilesquad@dhsv.org.au

Prestazioni odontoiatriche

Smile Squad fornisce prestazioni odontoiatriche gratuite agli studenti delle scuole pubbliche del Victoria erogate da operatori professionisti qualificati.

Esame dentale (controllo)

L'esame dentale comprende il controllo di denti, gengive, mascella e bocca.

Benefici: gran parte delle malattie orali/dei problemi ai denti non causano dolore nelle fasi iniziali. Effettuare dei controlli regolari è il modo migliore per rilevare precocemente eventuali problemi. Una volta che sappiamo cosa sta succedendo, possiamo pianificare il trattamento successivo.

Se dai il consenso, potranno essere forniti i seguenti servizi se andranno a beneficio di uno studente:

Radiografie dei denti

L'apparecchio per le radiografie utilizza radiazioni per creare un'immagine di ciò che sta accadendo dentro il corpo.

Eseguiamo le radiografie dei denti usando una piccola lastra messa all'interno della bocca.

Benefici: le radiografie ci danno informazioni che non possono essere viste a occhio nudo. Le radiografie possono rilevare carie, infezioni e altri problemi.

Rischi: le radiografie sono molto sicure. Le radiografie che eseguiamo normalmente hanno una radiazione più bassa di quella di un volo aereo.

Applicazione di vernice al fluoro

L'applicazione di vernice al fluoro è un trattamento preventivo che funziona nel modo migliore se applicato ogni sei mesi.

Smaltare i denti con il fluoro è molto facile e di solito il trattamento dura pochi minuti. La vernice rimane attaccata ai denti fino a quando li spazzoli.

Benefici: il fluoro è un minerale comune che aiuta a rendere forti i denti e a prevenire le carie. La vernice al fluoro può impedire che la carie si formi e ne rallenta il ritmo di crescita.

Rischi: anche se raramente, alcune persone sono allergiche a un ingrediente della vernice al fluoro. Gli studenti con un'allergia alla colofonia/pece greca, alla caseina (proteina del latte) o con asma grave potrebbero non essere in grado di farsi applicare la vernice al fluoro.

Sigillanti per fessure

I sigillanti sono un rivestimento che viene applicato nei solchi (fessure) di un dente. Sono solitamente applicati sui denti molari.

Benefici: i sigillanti coprono i solchi del dente e impediscono che cibo e germi possano rimanere intrappolati. Ciò impedisce l'insorgere e il diffondersi della carie nei solchi.

Gran parte dei materiali dei sigillanti contengono fluoro. I sigillanti possono usurarsi col tempo e possono essere integrati o sostituiti.

Pulizia dei denti

I denti possono avere bisogno di pulizia supplementare quando quella con lo spazzolino non riesce a rimuovere il tartaro (placca dura) o macchie ostinate.

Benefici: possiamo ridurre il rischio di gengivite rimuovendo il tartaro, che può irritare le gengive.

Trattamento successivo

Se è necessario qualche trattamento supplementare, Smile Squad ne discuterà e chiederà il consenso.

Domande frequenti

I genitori, i tutori legali o i carer devono essere presenti all'appuntamento dello studente?

I genitori, i tutori legali o i carer possono essere presenti se lo desiderano, ma non si tratta di un obbligo.

Contatta Smile Squad per farci sapere se desideri essere presente.

Se è necessario un trattamento supplementare potremo chiedere a un genitore, tutore legale o carer di venire all'appuntamento.

E se lo studente ha avuto di recente cure dentistiche?

Se lo studente ha avuto di recente una visita dentistica potrà essere visitato di nuovo da Smile Squad. Potrebbe avere bisogno di una radiografia o di altri servizi per la prevenzione.

E se lo studente non è a scuola durante la visita di Smile Squad?

Se lo studente non è a scuola, sarà visitato un altro giorno oppure lo studente potrà visitarci presso la sua agenzia dentistica comunitaria. Anche questi servizi saranno gratuiti.

Trova l'ambulatorio dentistico comunitario più vicino a te alla pagina: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

Chi può dare il consenso?

I genitori, i tutori legali o i minori maturi possono compilare questi moduli e dare il consenso.

Affinché possa essere considerato un minore maturo e possa dare il suo consenso, l'operatore clinico deve essere persuaso che lo studente abbia una comprensione sufficiente dei rischi, dei benefici e delle possibili complicazioni della sua condizione e del trattamento proposto.

Uno studente può essere considerato capace di prendere decisioni riguardo ad alcuni trattamenti dentistici ma non riguardo ad altri. Quando uno studente in età di scuola secondaria non è considerato maturo dall'operatore clinico, dovrà chiedere il consenso di un genitore o tutore legale.

Programma di prestazioni dentistiche per i minori (CDBS))

Alcuni studenti potrebbero avere diritto al Programma di prestazioni dentistiche per i minori (Child Dental Benefits Schedule, CDBS), tramite Medicare.

Il Governo australiano ci consente di fare domanda per tuo conto per queste cure dentistiche se hai firmato il modulo per il consenso per il CDBS.

Che cos'è il Programma di prestazioni dentistiche per i minori (Child Dental Benefits Schedule, CDBS)?

Il CDBS è un programma di Medicare che fornisce ai minori da 0 a 17 anni aventi diritto cure dentistiche di base nel corso di un periodo di due anni.

Gli studenti possono utilizzare il CDBS:

- per i servizi di Smile Squad
- presso un ambulatorio dentistico pubblico del Victoria
- presso un ambulatorio dentistico privato

Smile Squad utilizzerà il CDBS per gli studenti aventi diritto.

Anche se non firmerai il modulo per il consenso per CDBS, ogni studente riceverà cure dentistiche gratuite da Smile Squad. **Non ci sarà alcun costo a tuo carico.**

Ti incoraggiamo a firmare il modulo per il consenso per il bulk billing di CDBS per consentire a Smile Squad di chiedere il rimborso direttamente da Medicare. Ciò ci aiuterà a fornire cure dentistiche a un maggior numero di abitanti del Victoria.

Costi per l'addebito diretto a carico di Medicare (bulk billing) a titolo di riferimento

Medicare ci richiede di fornirti queste informazioni. Se usi il CDBS questi importi saranno tolti dal tetto massimo dei benefici CDBS:

Servizio	Tariffa CDBS con addebito diretto a carico di Medicare	Quanto pagherai
Esame dentale (controllo)	59,60\$	0,00\$
Radiografia ai denti (se necessaria)	34,50\$ per radiografia	0,00\$
Sigillanti per fessure (se necessari)	52,15\$ (al massimo) per dente	0,00\$
Pulizia dei denti (se necessaria)	101,55\$ (al massimo) a seconda del livello di pulizia necessario	0,00\$
Applicazione di vernice al fluoro a tutti i denti (se necessaria)	39,15\$ per applicazione (fino a due applicazioni nel corso di 12 mesi)	0,00\$

Privacy

I servizi sanitari dentistici del Victoria (Dental Health Services Victoria, DHSV) stanno erogando Smile Squad in collaborazione con le agenzie dentistiche comunitarie. DHSV è responsabile per la documentazione dei pazienti di Smile Squad. DHSV rispetta la tua privacy e si impegna a proteggere le tue informazioni. Gestiremo le tue informazioni conformemente alla Legge sulla documentazione sanitaria (*Health Records Act*) e alla Legge sulla privacy e la protezione dei dati (*Privacy and Data Protection Act*).

In determinati momenti raccoglieremo dati e commenti per scopi di ricerca e valutazione per Smile Squad e per migliorare i nostri servizi. Nel fare ciò manterremo anonima la tua identità.

Dovremo condividere informazioni rese anonime con agenzie governative come il DHSV, il Ministero dell'Istruzione e il Ministero della salute. Lo faremo per poter imparare assieme riguardo all'igiene orale di tutti gli studenti nelle scuole del Victoria. Rimoveremo ogni informazione che possa identificarti.

Visita la pagine web www.dhsv.org.au/privacy per leggere la dichiarazione completa di DHSV sulla privacy o scansare il codice QR di seguito:



Diritti e responsabilità

Una copia dei tuoi diritti relativi all'assistenza sanitaria è disponibile sul sito web della Commissione australiana sulla sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care).

Nome della scuola: _____ Anno/classe (e.g.2B): _____

Nome e cognome dello studente: _____ Data di nascita dello studente: ____ / ____ / ____

Do il mio consenso affinché lo studente sopra nominato partecipi al programma dentistico per le scuole Smile Squad.

Do il mio consenso affinché lo studente riceva i seguenti servizi:

Esame dentale (controllo) ☐ Sì ☐ No

Nota: devi acconsentire all'esame dentale prima che possano essere forniti altri servizi.

Radiografia ai denti (se necessaria) ☐ Sì ☐ No **Sigillanti per fessure** (se necessari) ☐ Sì ☐ No

Vernice al fluoro (se necessaria) ☐ Sì ☐ No **Pulizia dei denti** (se necessaria) ☐ Sì ☐ No

Stiamo formando la prossima generazione dei professionisti della salute orale. Gli studenti potrebbero essere visitati da uno studente nel campo della salute dentale/orale sotto la supervisione di un operatore clinico qualificato di Smile Squad.

Dai il consenso affinché lo studente sia visitato da uno studente nel campo della salute dentale/orale? ☐ Sì ☐ No

Confermo di avere fornito a Smile Squad, per quanto mi risulta, tutte le informazioni sanitarie e personali rilevanti che sono necessarie per fornire cure appropriate.

Nel dare il consenso, confermo di avere letto questo modulo per il consenso e le informazioni contenute in questo corredo.

Ho informazioni sufficienti per comprendere quanto segue:

Prestazioni odontoiatriche

Sono a conoscenza dei tipi di prestazioni odontoiatriche offerte da Smile Squad, inclusi i rischi e i benefici che comportano, quando e da chi verranno erogate le prestazioni. Tutti i servizi forniti sono gratuiti.

Assistenza successiva alle prestazioni odontoiatriche

Comprendo che un operatore clinico di Smile Squad o un membro del personale della scuola potrà contattare un genitore, tutore o carer se lo studente si sente poco bene dopo avere ricevuto le prestazioni odontoiatriche, o se ha bisogno di cure aggiuntive che non possono essere erogate a scuola.

Privacy

Ho letto e compreso le informazioni sulla privacy in questo pacchetto e prendo atto di come il programma gestirà le informazioni sull'assistenza sanitaria dello studente.

Firma del genitore/tutore/studente*: _____

Nome e cognome del genitore/tutore/studente*: _____ Data: ____ / ____ / ____

* Gli studenti d'età uguale o superiore a 18 anni, e coloro che sono considerati minori maturi per lo scopo di avere accesso alle prestazioni odontoiatriche, possono dare il consenso loro stessi. Questo consenso è valido per 12 mesi dalla data in cui è stato firmato.

Nome della scuola: _____ Anno/classe (e.g.2B): _____

Dettagli dello studente

Nome proprio: _____ Cognome: _____

Sesso: ☐ Maschile ☐ Femminile ☐ Altro, specifica _____ **Data di nascita:** ____/____/____

Quali sono i pronomi personali preferiti dallo studente? (facoltativo) _____

Indirizzo: _____

Sobborgo: _____ Codice postale: _____

Se sei uno studente che dà il consenso personalmente, ti invitiamo a includere:

Numero telefonico: Email:

Dettagli del genitore/tutore

Dettagli aggiuntivi sul genitore/tutore (facoltativo)

Nome proprio: _____ Nome proprio: _____

Cognome: _____ Cognome: _____

Relazione con lo studente: Relazione con lo studente

Numero telefonico: _____ Numero telefonico _____

Email: _____ Email: _____

Lo studente è aborigeno o indigeno delle isole dello Stretto di Torres?

☐ No, né aborigeno né indigeno delle isole dello Stretto di Torres

☐ Aborigeno

☐ Indigeno delle isole dello Stretto di Torres

☐ Aborigeno e indigeno delle isole dello Stretto di Torres

☐ Preferisco non dire

Lo studente è richiedente asilo o rifugiato?

☐ No, né richiedente asilo né rifugiato

☐ Rifugiato

☐ Richiedente asilo

☐ Preferisco non dire

	Sì	No
È necessario un interprete?		

Lingua preferita: _____

Lo studente è nato in Australia?	Sì	No, in quale Paese è nato?
----------------------------------	----	----------------------------

Se lo studente non ha una tessera Medicare, lascia questa sezione in bianco.

Numero della tessera Medicare dello studente:

Numero di riferimento individuale:

Data di scadenza: / /





Australian Government
Department of Health

CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'ADDEBITO DIRETTO A CARICO DI MEDICARE (BULK BILLING) NEL PROGRAMMA DI PRESTAZIONI DENTALI PER I MINORI

Io, il paziente / tutore legale, certifico di essere stato informato:

- del trattamento che è stato fornito o che sarà fornito a partire da questa data nell'ambito del Programma di prestazioni dentali per i minori;
- del costo probabile di questo trattamento; e
- che per i servizi ricevuti nell'ambito del Programma di prestazioni dentali per i minori il costo sarà addebitato direttamente a carico di Medicare e io non pagherò nulla di tasca mia, a patto che una sufficiente quantità di fondi sia disponibile in relazione al massimale per le prestazioni.

Comprendo che io avrò / il paziente avrà accesso a prestazioni dentali solo fino al raggiungimento del massimale per le prestazioni.

Comprendo che per alcuni servizi le prestazioni potrebbero avere restrizioni e che il Programma di prestazioni dentali per i minori copre una gamma limitata di servizi. Comprendo che dovrò sostenere personalmente i costi di qualsiasi servizio non coperto dal Programma di prestazioni dentali per i minori.

Comprendo che il costo dei servizi ridurrà il massimale per le prestazioni disponibile e che dovrò sostenere personalmente i costi di qualsiasi servizio aggiuntivo una volta che il massimale sarà stato raggiunto.

Rif #

Numero Medicare del paziente

Nome e cognome del paziente

Firma del paziente / tutore legale

Nome e cognome della persona che firma
(se non è il paziente)

Data

Questo modulo è valido fino al 31 dicembre dell'anno civile per il quale è firmato.

Lo studente ha delle allergie note?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì:

☐ Antibiotici

☐ Caseina (proteina del latte)

☐ Colofonia/pece greca

☐ Cibo

☐ Lattice o nastri adesivi

☐ Altri medicinali

☐ Altro

Lo studente sta attualmente assumendo farmaci?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì elenca il nome dei farmaci, la dose e la frequenza

Lo studente soffre di disturbi polmonari?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì:

☐ Asma

Se è stato ricoverato in ospedale, elenca il mese e l'anno del ricovero

☐ Malattia polmonare

☐ Tubercolosi

☐ Altro

Lo studente soffre di disturbi al cuore (cardiovascolari)?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì:

☐ Difetto cardiaco

☐ Intervento chirurgico al cuore

☐ Cardiopatia reumatica

☐ Ipertensione o ipotensione

☐ Sanguinamento eccessivo o malattia del sangue

☐ Altro

Lo studente ha disturbi sensoriali, cognitivi o bisogni aggiuntivi (disabilità)?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì:

☐ Ansia o depressione

☐ Disturbi da deficit di attenzione

☐ Disturbi dello spettro autistico

☐ Disturbi fisici (compreso il bisogno di accesso con sedia a rotelle)

☐ Disturbi intellettuali

☐ Menomazioni all'udito o alla vista

☐ Altro

Lo studente ha altri disturbi medici o di salute?

☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì:

☐ Diabete di tipo 1

☐ Diabete di tipo 2

☐ Cancro

☐ Patologie croniche (ad es. ictus, artrite)

☐ Malattia renale

☐ Malattia al fegato

☐ Convulsioni o epilessia

☐ Altre operazioni chirurgiche (ad es. trapianto, protesi articolari)

☐ Altro

Lo studente potrebbe essere in stato di gravidanza?

☐ Sì ☐ No ☐ N/A

Lo studente utilizza prodotti a base di tabacco (fumo) o sigarette elettroniche (vaping)?

☐ Sì ☐ No ☐ N/A

Se la risposta è sì:

☐ Fumo ☐ Vaping ☐ Altro

Lo studente beve alcolici?

☐ Sì ☐ No ☐ N/A

Se hai risposto **altro** a una delle domande di cui sopra, descrivi.

Ti faremo le seguenti domande per aiutarci a saperne di più sullo studente e per sviluppare il piano migliore per la sua situazione.

Lo studente ha dolore alla bocca (ad es. ha difficoltà nel dormire a causa di problemi ai denti)? ☐ Sì ☐ No

Lo studente ha difficoltà a mangiare o dormire a causa di problemi ai denti o alla bocca? ☐ Sì ☐ No

Lo studente ha difficoltà a parlare a causa di problemi ai denti o alla bocca? ☐ Sì ☐ No

Lo studente ha perso giorni di scuola o altre attività a causa di problemi ai denti o alla bocca? ☐ Sì ☐ No

Lo studente non sorride, non ride né mostra i denti agli altri studenti a causa di problemi ai denti o alla bocca? ☐ Sì ☐ No

Lo studente si è già fatto controllare i denti in precedenza? ☐ Sì ☐ No
Se la risposta è sì, indica la data se nota

Allo studente sono stato otturati o rimossi denti a causa della carie negli ultimi tre anni? ☐ Sì ☐ No ☐ Non so con sicurezza

Quanto spesso lo studente beve bevande zuccherate come succo di frutta, bibite o sciroppi? ☐ Tre volte o più al giorno
☐ Una o due volte al giorno
☐ Alcune volte alla settimana
☐ Quasi mai

Quanto spesso lo studente si lava i denti con il dentifricio? ☐ Una volta al giorno (mattino)
☐ Una volta al giorno (sera)
☐ Due volte al giorno
☐ Meno di una volta al giorno
☐ Più di due volte al giorno

Lo studente ha avuto paure o insicurezze, o esperienze negative, nel corso di precedenti visite dentistiche o successivamente, di cui dovremmo essere a conoscenza? ☐ Sì ☐ No

Lo studente utilizza strategie o supporti per affrontare meglio queste paure o insicurezze? Ad es. un giocattolo preferito, un'app di iPhone, un libro (se la risposta è sì, fornisci i dettagli di seguito e porta l'oggetto al prossimo appuntamento)

Qualcuno dei familiari o delle persone che vivono nella stessa casa dello studente ha problemi significativi ai denti e/o alle gengive? ☐ Sì ☐ No ☐ Non so con sicurezza

C'è qualsiasi altra cosa che vorresti che noi sapessimo prima di eseguire il controllo ai denti e alla bocca dello studente? ☐ Sì ☐ No
Se la risposta è sì, fornisci i dettagli di seguito