

# FORMULAIRE DE VALIDATION DE LA RVCP POUR SOINS DENTAIRES

*Correspond à l'exigence 5.1*

Cet établissement a recours aux services d'un(e) technicien(ne) de confiance pour les soins dentaires.

**Propriétaire/gestionnaire de l'établissement :**

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Vétérinaire :**

Nom : \_\_\_\_\_

Clinique : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Technicien(ne) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



Je (nom du [de la] vétérinaire) \_\_\_\_\_, atteste par la présente qu'une réelle relation vétérinaire-client-patient est établie avec le (la) propriétaire nommé(e) ci-dessus et qu'elle sera maintenue jusqu'à ce que l'une des deux parties décide de la rompre. J'atteste également que j'ai formé le (la) technicien(ne) nommé(e) ci-haut sur l'intervention dentaire et le contrôle de la douleur, et que j'ai la volonté et la capacité de diagnostiquer des maladies buccales ou d'autres problèmes de santé dentaire, de prescrire les médicaments antidouleur requis, d'administrer la sédation et d'intervenir au besoin.

*Le formulaire est considéré comme valide à partir de la date de la signature par le (la) vétérinaire.*