Dr Inès MEISELS
Chirurgien-dentiste
74 400 641 2

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Intervention chirurgicale

Je soussigné(e) affirme avoir été informé(e) pour :

- l'avulsion de la(les) dent(s) n°
- la frenectomie
- la résection apicale de la dent n°
- la pose d'implant(s) (nombre :)
- la chirurgie parodontale
- Chirurgie pré-implantaire

Les détails de l'intervention et ses indications m'ont été expliqués et je les comprends.

J'ai connaissance qu'avec le geste opératoire, il peut y avoir des risques :
-Paresthésie (perte de sensation) d'une partie de la lèvre inférieur, d'une partie de la langue et de la joue. Ce, de façon temporaire ou permanente.
-Fracture mandibulaire
-Dent (ou une partie) repoussée dans un espace anatomique adjacent.

On m'a expliqué qu'habituellement les paresthésies, s'il y en a, sont temporaires mais qu'en de rares occasions elles peuvent être permanentes.
Advenant une lésion nerveuse et/ou une paresthésie, une référence à un chirurgien maxillo-facial ou un ORL sera faite.
Advenant une fracture mandibulaire, une référence à un chirurgien maxillo-facial sera faite.
Advenant un déplacement de structure dentaire dans un site anatomique voisin, une référence à un chirurgien maxillo-facial ou un ORL sera faite.

Je comprends les suites opératoires transitoires possibles (quelques jours à quelques semaines) :

-Douleurs/saignements.
-Difficulté à ouvrir la bouche (trismus).
-Gonflement (oedème).
-Coloration des tissus intra et extra-buccaux (hématome).
-Infection (alvéolite) par perte prématurée ou non mise en place du caillot sanguin.
-Exposition sinusale.

Concernant les implants, j'ai connaissance des risques de péri-implantites et de pertes implantaires. J'ai conscience que le fait de fumer majore le risque de pertes d'environ 40%. Je sais qu'une bonne hygiène bucco-dentaire est indispensable à la cicatrisation et au maintien implantaire et je m'attache à suivre les conseils du chirurgien-dentiste. Je m'engage à avoir un suivi bucco-dentaire régulier.

Je reconnais que le chirurgien-dentiste a une obligation de moyens et non de résultat. Ainsi, je sais que l'échec thérapeutique existe.

J'ai été informée de l'ensemble des informations sus-citées et j'ai trouvé une réponse satisfaisante à mes questions relatives à l'intervention.

Fait à : ANNECY
Le :
Signature du patient: **Signature du praticien:**
(Ou tuteur légal)