

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Lors de l'extraction de dent(s) incluse(s)

Par la présente, je, (nom en majuscules) _____,
autorise le docteur (nom en majuscules) _____ à
extraire la (les) dent(s) suivante(s) incluse(s) : _____.

J'ai été informé de la nécessité d'extraire la(les) dent(s). Les détails de la procédure m'ont été expliqués et je les comprends entièrement. J'ai été renseigné à propos des traitements alternatifs aux extractions avec leurs risques et leurs avantages. Je comprends que, suivant l'extraction, il pourrait y avoir une période d'engourdissement de la mâchoire, de l'enflure, un saignement, une décoloration et un inconfort possible. Je comprends que, parce que la position des nerfs dans la région de la dent incluse ne peut être déterminée par les rayons X, une blessure aux nerfs peut être inévitable et peut résulter dans la perte de sensation au menton, aux lèvres et à la langue pour une période de temps. On m'a dit qu'habituellement, l'engourdissement est temporaire mais qu'en de rares occasions, il peut être permanent.

On m'a dit que le succès de l'opération dépend de ma coopération en respectant mes rendez-vous prévus, en suivant les instructions à domicile incluant l'hygiène buccale et les instructions diététiques, en prenant la médication prescrite et en rapportant au bureau tout changement dans mon état de santé.

Je reconnais qu'aucune garantie de résultat ne m'a été donnée par le dentiste.

J'ai discuté de tout ceci avec le docteur _____ et toutes mes questions ont été considérées et ont trouvé une réponse satisfaisante.

Signature du patient _____
(si mineur, signature du parent ou tuteur)

Signature du témoin _____

Signature du dentiste _____

Date _____

Le formulaire de consentement éclairé a été préparé uniquement dans le but de vous aider à fournir à vos patients l'information concernant un traitement dentaire bien défini et aussi, de vous assurer de leur bonne compréhension face à cette information. Ce formulaire n'engage aucunement la responsabilité du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec, car il n'est qu'un outil de plus à votre arsenal de pratique.