

Clinique dentaire du Quartier

Consentement éclairé

Je _____ comprends et accepte les risques se rapportant à la chirurgie proposée, soit l'ablation de(s) dent(s) no_____

Par Dr(e) _____.

Les risques du traitement peuvent être :

- réaction aux médicaments / anesthésiques.
- Engourdissement temporaire ou permanent et/ou picotement de la lèvre, du menton, de la langue ou autres.
- Saignement en postopératoire.
- Enflure du tissu en postopératoire.
- Fragments de la racine peuvent se briser, être laissés dans la mâchoire.
- Perforation des sinus lorsque des dents supérieures sont extraites, ce qui peut exiger un traitement chirurgical.
- Guérison peut être retardée et exiger un traitement additionnel comme pour une cavité sèche.
- Mâchoire ou os alvéolaire peut se fracturer durant l'extraction de la dent, ce qui pourrait exiger un traitement chirurgical.
- Sensibilité, douleur.
- dommage aux dents adjacentes ou aux restaurations.

Signature du patient

Date

Signature du dentiste

Signature du témoin