

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PARODONTIE – VOLET CHIRURGICAL

Nom: _____

Diagnostic;	Gingivite <input type="checkbox"/>	Manque gencive attachée <input type="checkbox"/>	
	Sensibilité dentaire/radiculaire <input type="checkbox"/>		
	Parodontite chronique débutante <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/> Avancée <input type="checkbox"/> _____	
	Problème muco-gingival <input type="checkbox"/>	Région: _____	
	Abcès parodontal <input type="checkbox"/>	Site: _____	
	Parodontite agressive <input type="checkbox"/>	GUN, PUN <input type="checkbox"/>	
	Autre <input type="checkbox"/>	_____	
Traitement proposé:	Détartrage et prophylaxie <input type="checkbox"/>	Surfaçage radiculaire <input type="checkbox"/>	
	Autre <input type="checkbox"/>	_____	
Pronostic:	Favorable <input type="checkbox"/>	Réservé <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/>	

Conséquence de ne pas traiter;	Dégradation de l'état actuel <input type="checkbox"/>		
	Autre <input type="checkbox"/>	_____	
Difficultés observables;	Accès <input type="checkbox"/>	État dentaire <input type="checkbox"/>	Anatomie et position dentaire <input type="checkbox"/>
	Occlusion <input type="checkbox"/>	Tabagisme <input type="checkbox"/>	Condition médicale <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>	_____	

Complications possibles: infection du site / sensibilité radiculaire / saignement / esthétisme du résultat / réactions aux médicaments et anesthésiques / rejet du greffon .

Étant donné les complications mentionnées ci-haut, il est possible de modifier le plan de traitement en cours d'exécution. L'extraction de dent(s) ou la nécessité de faire un traitement de canal peut s'avérer parmi les options envisageables, avec les coûts s'y rapportants.

Inconvénients possibles: sensibilité post-opératoire / douleur à la mâchoire et aux muscles de la mastication

Autres informations pertinentes:

Je, _____, comprends et accepte ce qui suit. Les différentes alternatives de traitements m'ont été expliqués et j'ai compris les avantages/inconvénients de ces derniers, ainsi que du non-traitement. Les pronostics sont évalués selon l'état dentaire de départ et les complications pouvant survenir peuvent remettre en question les pronostics. Je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (être présent et ponctuel à mes rendez-vous, hygiène buccale et contrôles périodiques) et que si ma collaboration est jugée insatisfaisante par le dentiste, mon traitement sera interrompu.

J'ai discuté de tout ce qui précède avec le dentiste. On a répondu à mes questions et je témoigne de mon consentement au traitement.

Date; _____

Patient; _____

Témoin; _____

Dentiste; _____