

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL

CONSENTEMENT ECLAIRE GREFFE OSSEUSE PRE-IMPLANTAIRE

La Convention Nationale de la Sécurité Sociale des Chirurgiens Dentistes et l'article 33 du Code de Déontologie nous font obligation de vous faire signer un consentement écrit.

Nous vous précisons que ce document ne dégage en aucune façon notre responsabilité. Le présent document vise à vous fournir des informations sur la procédure, ses bénéfices potentiels, les risques encourus et les alternatives disponibles, afin que vous puissiez prendre une décision éclairée.

Je soussigné(e) M^{me} JULIE CALLOT né(e) le 19/04/1994, certifie avoir été informé par mon dentiste de toutes les solutions de réhabilitation buccale c'est à dire la pose d'implants ou le traitement classique sans implants (bridge, appareil amovible) lorsque cela est possible.

Je comprends les avantages et les inconvénients de toutes les solutions et je choisis la pose d'implants.

J'ai décrit mon état de santé physique et mentale à mon dentiste et mentionné toute possibilité d'allergie ou réaction inhabituelle aux médicaments, ainsi que toute réaction anormale des gencives, tout saignement anormal.

J'ai eu délai suffisant entre la première consultation et la date d'intervention et mon dentiste a répondu à toutes mes interrogations.

En complément de notre entretien oral, voici quelques précisions par écrit :

Avant toute décision de traitement, nous évaluons si votre état général et buccal s'adapte à ce type de traitement. Suite à l'examen clinique et radiologique, la décision de pose d'implants sera prise.

En cas de volume osseux insuffisant, une reconstruction osseuse et/ou une élévation sinusienne peuvent vous être proposée.

De même, dans le cas où les tissus mous seraient insuffisants, une greffe de tissus épithélio-conjonctif ou conjonctif associée à un lambeau déplacé peut vous être proposée.

Description de la procédure : La greffe osseuse pré-implantaire est une intervention chirurgicale réalisée avant la pose d'implants dentaires. Une quantité d'os sera prélevée dans une autre partie de votre corps, généralement au niveau de la mâchoire et mélangée à un substitut osseux d'origine bovine. La greffe osseuse peut être fixée à l'aide de vis, de membranes d'origine porcine ou d'autres dispositifs de stabilisation.

Bénéfices potentiels :

- Création d'une base solide et stable pour les implants dentaires
- Amélioration de la qualité et de la quantité de l'os dans la région de la greffe
- Augmentation des chances de réussite des implants dentaires
- Amélioration de l'esthétique faciale et de la fonction masticatoire

Risques et complications possibles :

- Douleur et inconfort postopératoires
- Gonflement et ecchymoses
- Infection de la plaie chirurgicale
- Saignement excessif
- Réactions indésirables à l'anesthésie
- Lésion des tissus voisins, des nerfs ou des vaisseaux sanguins
- Rejet de la greffe osseuse
- Retard de cicatrisation ou non-cicatrisation de la plaie
- Perte partielle ou totale de la greffe osseuse
- Nécessité d'interventions chirurgicales supplémentaires

Les conditions d'asepsie devant être rigoureuses, le matériel utilisé sera stérile et/ou à usage unique.

Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre :

Le seuil de la douleur n'étant pas la même chez chaque patient, des antalgiques vous seront prescrits.

Une couverture antibiotique sera également indispensable pour éviter une complication infectieuse.

Alternatives : D'autres options peuvent être envisagées pour répondre à vos besoins spécifiques. Cela peut inclure des techniques alternatives de reconstruction osseuse ou l'adaptation de votre plan de traitement dentaire en fonction de votre situation.

En acceptant cette procédure, vous vous engagez à :

- Suivre les instructions postopératoires et prendre les médicaments prescrits.
- Informer l'équipe médicale de tout problème ou complication que vous pourriez rencontrer.

J'ai posé librement toutes les questions relatives à mon traitement.

Je suis informé(e) :

- des risques inhérents à toutes les interventions chirurgicales ;
- de l'inconfort masticatoire temporaire afin de soulager la zone opérée ;
- des impératifs postopératoires (contre-indication de la consommation tabagique, de boissons alcoolisées, de sport violent, le strict respect des prescriptions médicamenteuses et des conseils prodigués en matière d'hygiène, d'alimentation molle, d'entretien de la zone opérée, d'acte à réaliser en cas de léger saignement) ;
- de la disponibilité de mon praticien en cas d'urgence (douleur violente, infection, saignement abondant)
- de la maintenance à long terme ainsi que des visites régulières de contrôle.

Après avoir mûrement réfléchi et pris le temps nécessaire pour le faire, j'accepte en conscience la proposition thérapeutique implantaire et/ou osseuse et/ou tissulaire

A la demande du patient, les soins ont été faits ce jour.

J'ai lu et j'ai compris ce document le mercredi 13 mars 2024

Signature précédée de la mention : " je certifie avoir compris les explications apportées par le Dr. ELSA ESKENAZI SOLAL "

Je certifie avoir compris les explications apportées par le
Dr. Elsa ESKENAZI SOLAL.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, positioned to the right of the printed text.