

CONSENTEMENT ECLAIRE CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

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.

Je soussigné(e) ESQUE CAROLINE, certifie avoir été informé par mon dentiste que la guérison parodontale n'est possible que par l'implication totale et durable du patient qui s'engage à suivre les recommandations, les prescriptions et qui s'engage aussi à suivre la maintenance parodontale après le traitement (contrôles cliniques et radiographiques selon la fréquence déterminée par votre dentiste)

Je confirme que le Dr ELSA ESKENAZI SOLAL m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à la chirurgie parodontale. J'ai été informée des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et de ses alternatives thérapeutiques.

J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention en sachant qu'il peut exister des complications exceptionnelles comme pour toute chirurgie.

Je comprends les avantages et les inconvénients de toutes les solutions et j'ai reçu les informations claires permettant de guider mon choix. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et le traitement chirurgical.

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

J'ai conscience que les traitements de chirurgie plastique parodontale, pouvant être proposés à des fins esthétiques permettent d'obtenir une amélioration de l'esthétique et de l'anatomie des gencives ainsi qu'un renforcement du tissu parodontal initial mais qu'aucune garantie de niveau de recouvrement total des gencives ne peut être assurée et que le niveau de recouvrement sera fonction du niveau de gencive du patient et du niveau de perte osseuse initial constaté

Je reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ESKENAZI SOLAL ELSA sur mon plan de traitement.

J'ai reçu des informations détaillées en des termes que j'ai compris sur la nature de l'intervention proposée ainsi que sur les risques et complications.

J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de l'intervention, les risques particuliers et les complications possibles. Je n'ai plus de question en suspens et estime avoir suffisamment été informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion que je juge suffisant, je donne par la présente mon consentement à la réalisation du traitement proposé.

J'accepte également l'extension du programme opératoire non prévisible qui pourrait se révéler nécessaire pendant le traitement.

J'autorise la prise de photos pour le dossier médical et la saisie d'informations pour le dossier informatique.

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.

Les conditions d'asepsie devant être rigoureuses, le matériel utilisé sera stérile 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.

Un œdème post opératoire peut apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.

Un hématome post-chirurgical peut également apparaître. Il ne sera qu'un désagrément esthétique passager.

La moindre sensibilité au niveau de la gencive devra être signalée à mon dentiste.

L'hygiène au niveau des zones traitées devra être la plus efficace possible, vous vous engagez donc à respecter tous les délais et les prescriptions.

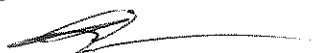
La chirurgie nécessite un suivi très rigoureux.

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

Je certifie avoir compris les explications apportées par le Dr Elsa Eskenazi Solal

A Marseille, le : jeudi 21 mars 2024

Signature :



(précédée de la mention) } je certifie avoir compris les explications apportées par le Dr. ELSA ESKENAZI SOLAL