

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL

CONSENTEMENT ECLAIRE PARODONTOLOGIE / Phase Chirurgicale

À la suite des différents rendez-vous consignés dans le dossier médical, par le Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL, du diagnostic parodontal et des explications médicales délivrées portant tous deux sur : le parodontal clinique, les examens complémentaire, les radiographies panoramiques et rétro-alvéolaires, il vous a été délivré ces informations :

- Les explications portant sur les causes ayant entraîné l'apparition de la pathologie parodontale diagnostiquée et les conséquences de cette pathologie en l'absence de traitement ;
- Une information claire et complète concernant le traitement parodontal (qu'il soit médical et/ou chirurgical) ;
- Le traitement se fait par étape : non chirurgical puis chirurgical si nécessaire après bilan de réévaluation.
- Les renseignements concernant les soins proposés et acceptés, sachant que ce traitement peut entraîner une rétraction gingivale qui peut-être inesthétique et gênante (sensibilité thermique accrue), et qu'un échec est possible.
- Le traitement est long car une cicatrisation osseuse et gingivale est attendue.
- Les risques inhérents à toutes les interventions chirurgicales (*sensibilités temporaires, inflammations inesthétiques, cicatrisation défavorable, échec opératoire, objectif chirurgical non atteint, réactions prévisibles et imprévisibles des dents, de l'os, des tissus environnants et de l'organisme*) ;
- Le suivi post-opératoire (contre-indication de la cigarette, d'alcool, de sport violent ou fatiguant), le respect des prescriptions médicamenteuses, 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) et de la disponibilité du praticien en cas de nécessité (douleur sévère, infection, ouverture de la plaie, perte des fils, saignement abondant, ... ;
- Les matériaux utilisés selon les normes CE ; ils peuvent être d'origine animale, y compris bovine ou porcine.
- La maintenance à long terme ainsi que les visites régulières de contrôle ;
- Les questions qui ont pu être posées en toute liberté et à n'importe quel moment ;

Je soussigné(e) M. LAURENT AZOULAY, après avoir mûrement réfléchi et pris mon temps pour le faire, accepte en conscience la proposition thérapeutique parodontale sachant que ;

- L'optimisation du résultat dépend fortement de la qualité de l'hygiène bucco-dentaire et de la réduction des facteurs aggravants ;
- Cela nécessite de se soumettre à des séances périodiques de contrôle et de maintenance très régulières conformément au calendrier établi par le praticien, afin d'évaluer la santé des gencives et des structures osseuses ;
- La relation contractuelle qui lie le praticien et le patient peut être rompue du fait de la non observance de l'obligation du patient à suivre le traitement prescrit, maintenir une hygiène rigoureuse et effectuer toutes les visites de contrôle. En cas de rupture unilatérale du contrat de soins par le patient, la responsabilité juridique du Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL ne saurait être engagée.
- Le traitement parodontal n'est pas inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et que par conséquent, aucune prise en charge n'est possible par les caisses d'Assurance Maladie ;

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

à Marseille, le jeudi 4 avril 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

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) AZOULAY LAURENT, 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

A Marseille, le : jeudi 4 avril 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