

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

CONSENTEMENT ECLAIRE CHIRURGIE

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) AIELLO MICHEL, né(e) le 02/06/1959, certifie avoir été informé par mon dentiste, le Dr ESKENAZI SOLAL ELSA, que la guérison 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 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. 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.

Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post opératoire qui m'ont été préconisées.

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.

La consommation de tabac et d'alcool représente un risque d'échec et multiplie par deux les complications à moyen terme.

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.

Je décide librement d'accéder aux traitements, en toute connaissance des risques, les informations m'ayant été délivrées par écrit et oral et autorise le Dr ESKENAZI SOLAL ELSA à travers ma signature à réaliser le traitement.

J'ai lu et j'ai compris ce document le : 09/09/2024

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 Docteur Elsa Eskenazi Solal*

