

SELARL DE CHIRURGIENS-DENTISTES

78 Bd. Mireille Lauze 13010 Marseille

selarllauze@gmail.com

Docteur Robert Eskenazi

Alexandre Marin

DI SALVO Rose
res valmante bt F3 -151 tse de la
13009 marseille

mercredi 09 décembre 2020

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) Rose Di salvo,
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).
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 mentionnée toute possibilité d'allergie ou réaction inhabituelle aux médicaments, aliments, piqûres d'insectes, pollen, poussière, sang, 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 questions.

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. Nous ferons un scanner si nécessaire.
Suite à l'examen clinique et radiologique, la décision de pose d'implants sera prise.
En cas de volume osseux insuffisant, une reconstruction osseuse peut vous être proposée, qui sera effectuée soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.
Pour reconstruire le volume osseux nécessaire à une réhabilitation stable et esthétique, nous utiliserons soit une greffe d'os autogène, soit un substitut osseux (Bio-oss®) résorbable.
Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.
En cas de pose de membrane ou de greffe osseuse, cette période sera augmentée.
Les conditions d'asepsie devant être rigoureuses, le matériel utilisé sera stérile et 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.
Le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs).
Si une mobilité apparaît lors du dégagement de l'implant ou peu après pouvant signifier la non ostéointégration, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose, (soins pris en charge par votre chirurgien).
Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.
L'hygiène autour de ces racines artificielles devra être la plus efficace possible.

lu et approuvé
R.D.S.

Identification du patient

Nom et prénom : DI SALVO ROSE Date de naissance : 10-12-60
 N° de Sécurité sociale du patient : 260121305531871

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	31	HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole d	emax	H.L.	400,00	400,00	0,00	0,00	400,00
2	31	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
3	31	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	150,00	150,00	0,00	0,00	150,00
4	31	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	700,00	0,00	0,00	700,00
5	31	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	700,00	107,50	75,25	624,75
Total:						2 200,00	2 200,00	107,50	75,25	2 124,75

Total:

but a friend

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de soins et/ou de refus de charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques (DIP, Nanos ou à défaut, à caractère alternatif modérée et si demandée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai d'un an.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/NBAP ou acte FN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Monétaires limite de facturation	Monétaires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résiduel par votre praticien
1	31	HBLD452	Stellite 5 dents	emax	715,00	715,00	215,00	150,50	0	564,50
Total:						715,00	215,00	150,50	0,00	564,50

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal(s)

ÉLIE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
28, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 15 82
477 892 605 R.C.S. Marseille