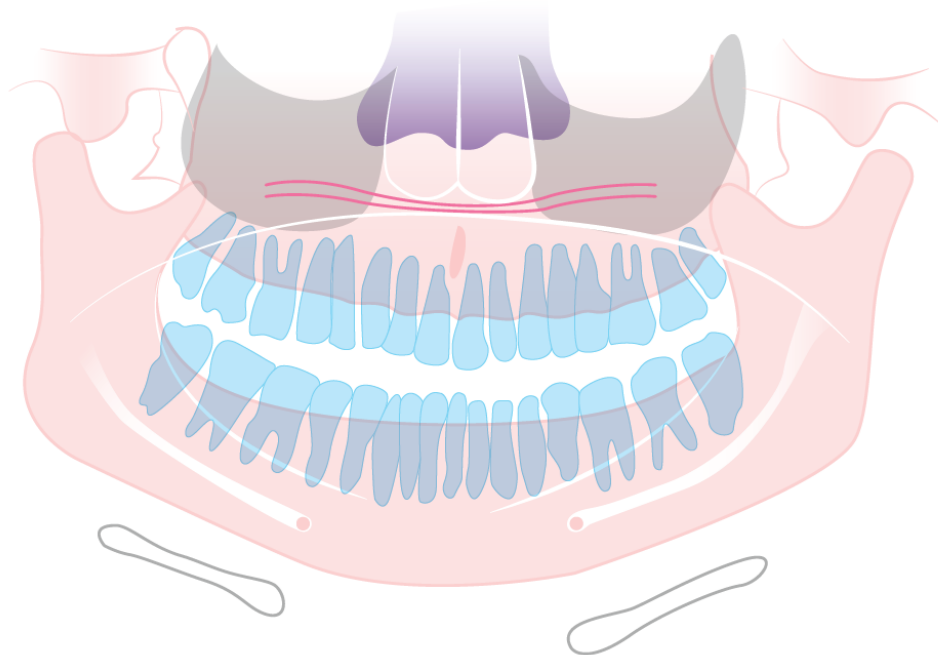


## CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRÉ

Dans ce texte sont appelées « intervention chirurgicale » : une intervention de chirurgie implantaire, une procédure thérapeutique péri-implantaire, une anesthésie nécessaire à la réalisation de cette intervention et/ou procédure thérapeutique.

Intervention chirurgicale (courte description à remplir par le praticien) :



1. Je sais que la mise en place chirurgicale d'implants est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
2. Je sais quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires classiques et ceux qui résultent d'un échec.
3. Je sais que les traitements classiques par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.

4. Je sais qu'en cas d'échec sur un ou plusieurs implants, ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.
5. Je consens à l'administration d'une anesthésie/sédation/analgésie jugée nécessaire sous la direction d'un praticien autorisé. S'il s'agit d'une anesthésie locale, j'ai été mis(e) au courant des possibles risques, conséquences et alternatives associés à l'administration de ces médicaments par le Praticien.
6. Je comprends que durant l'intervention chirurgicale, une situation non prévue peut survenir qui nécessite une procédure différente de celle envisagée et discutée. Je consens à la réalisation, dans ce cas de figure et dans le cadre de l'opération prévue, à une procédure chirurgicale additionnelle que le chirurgien peut considérer comme nécessaire.
7. Pour des raisons médicales, scientifiques ou à but d'éducation, j'autorise la réalisation de photographies ou d'enregistrements vidéo, ainsi que la publication de l'intervention chirurgicale réalisée, sans que mon identité ne soit révélée et à la condition que l'on ne puisse pas me reconnaître.
8. Je consens aussi à l'admission de professionnels de la santé en formation dans la salle d'intervention ou lors de traitement.
9. Je consens à ce que durant l'intervention chirurgicale, le représentant d'une entreprise de matériel médical puisse également être présent et apporter le support technique nécessaire.
10. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention ainsi que sur l'objectif à atteindre.
11. Je sais qu'il est nécessaire de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation, puis un contrôle annuel au-delà.
12. J'ai compris que la consommation de tabac peut nuire à la pérennité d'un traitement implantaire.
13. Je sais que le traitement chirurgical par implants n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence, aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

**J'atteste que le Dr \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale.**

**Il m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale proposée. On m'a donné la possibilité de poser des questions et une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.**

**Je soussigné(e) (nom, prénom du patient)**

**né(e) le \_\_\_\_\_ autorise en conséquence le praticien désigné par le Service de Chirurgie Implantaire de Dentifree à réaliser l'intervention chirurgicale décrite.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)