



Dr Geoffrey  
DOMAS

Implantologie Parodontologie

## CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA GREFFE PARODONTALE

Je, soussigné,

Née

Domicilié :

Certifie avoir renseigné exactement le Docteur Geoffrey DOMAS sur mon état de santé ;

Certifie avoir reçu les informations suivantes et les comprendre.

Le déchaussement des dents peut être causé par plusieurs facteurs.

Les principaux facteurs sont souvent mécaniques (par ex : brossage vigoureux), inflammatoire (par ex : une maladie parodontale) ou de résistance (par ex : problème d'occlusion).

Ces facteurs entraînent une perte de gencive et d'os, menant à une exposition de la racine des dents, phénomène communément appelée récession gingivale, fragilisant les dents.

J'ai été informée de la nécessité de réaliser une greffe de gencive dans l'objectif d'arrêter le processus de récession ou d'épaissir la gencive.

Ce comblement sera réalisé avec :

- soit du tissu (épithélio-conjonctif) qui m'aura été prélevé au niveau du palais
- soit d'une matrice acellulaire (greffe allogène).

Je reconnais avoir été informée des suites post-opératoires possibles :

- Douleurs, potentiellement calmées par les antalgiques,
- Ecchymose et œdème jugal pendant une dizaine de jour, hématome.  
Dans certains cas rares, l'œdème peut persister quelques semaines.
- Une limitation de l'ouverture buccale est fréquente pendant quelques jours.
- Des troubles de la sensibilité de la lèvre inférieure peuvent persister quelques semaines, ne justifiant pas de traitement complémentaire. Le risque d'anesthésie durable est exceptionnel, de l'ordre de 2 à 3%.
- Sensibilité radiculaire
- Couverture partielle de la racine exposée
- Récidive de la récession
- Nécrose du greffon

Le succès de l'opération dépend également de facteurs qui me sont spécifiques (condition médicale, hauteur vestibulaire, force musculaire, sévérité de la récession, présence d'une obturation radiculaire, alimentation).

J'ai bien compris la nécessité d'éviter toute pression au niveau des sites opératoires. C'est pourquoi, je ne porterai pas ma prothèse durant la semaine suivant l'intervention.

Je reconnais avoir été prévenue des possibilités d'échec pouvant nécessiter une réintervention.

Je comprends qu'une réaction au traitement ne peut être totalement prévue et qu'une complication survienne. Dans tel cas, j'informerai le Docteur Geoffrey DOMAS le plus rapidement possible.

Je reconnais qu'il m'a été indiqué qu'une excellente hygiène buccale est essentielle, tant après la greffe osseuse que pour la cicatrisation. Je m'abstiendrai de fumer pendant la période nécessaire à la cicatrisation. Je m'engage à respecter les rendez-vous prévus et à suivre les recommandations.

Je reconnais que la nature de l'intervention ainsi que ses risques m'ont été expliqués en termes que j'ai compris et que le Docteur Geoffrey DOMAS a répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Fait à..... le.....

Signature du Patient précédée de la mention  
"Lu et Approuvé, bon pour accord"