



Dr Geoffrey
DOMAS

Implantologie Parodontologie

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT POUR LA GREFFE OSSEUSE

Je, soussigné,

Née :

Domicilié :

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

Certifie l'exactitude des faits suivants.

J'ai bien compris que l'insuffisance osseuse contre-indique, en l'état, la mise en place d'implant et impose une solution prothétique alternative.

J'ai été informée de la nécessité de réaliser cette greffe osseuse pour redonner au site la capacité de recevoir des implants. Ce comblement sera réalisé avec du tissu osseux qui pourra être prélevé au niveau mandibulaire auquel pourra être ajouté du BioOss, matériau d'origine exogène. J'ai bien compris qu'il pourra y avoir deux sites opératoires intra-buccaux distincts.

Je reconnais avoir été informée des suites post-opératoires : douleurs calmées par les antalgiques, 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.

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, à moins d'un avis contraire de mon chirurgien.

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

Je reconnais qu'il m'a été indiqué qu'une excellente hygiène buccale est essentielle, tant après la greffe osseuse qu'après la pose des implants qui aura lieu 4 à 6 mois après la greffe osseuse.

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.

Cette intervention peut être accompagnée simultanément de la pose d'un implant.

Il existe des alternatives à ce plan de traitement, d'autres solutions sont envisageables, avec des bénéfices et des contraintes différentes. Cette approche différente serait malgré tout moins confortable (s'il s'agit d'une prothèse amovible), ou pourrait nécessiter la mutilation de dents saines (s'il s'agit d'un bridge).

Je, soussigné,
Née :
Domicilié :

- Certifie avoir renseigné exactement le Docteur Geoffrey DOMAS sur mon état de santé,
- Certifie que le Docteur Geoffrey DOMAS a répondu à mes questions et m'a informée :

1) Des possibilités offertes par les traitements classiques en prothèse fixée (bridge) ou amovible (appareil "mobile"),

2) Que l'implant, comme toute autre prothèse ne peut rendre l'effet exact d'une dent naturelle,

3) Que la mise en place chirurgicale d'implant(s) est possible, mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de procédure.

L'implant serait déposé sans frais supplémentaire en ce qui concerne le Docteur Geoffrey DOMAS

En dehors de la notion d'échec à court terme il faut admettre que, comme toute autre prothèse, l'implant ne peut être considéré comme définitif et pourra être amené à être déposé un jour.

4) De la nécessité de contrôles réguliers à son cabinet, ou celui de son correspondant (le cas échéant), (contrôles cliniques et radiographiques) tous les ans par la suite.

En outre, j'autorise la prise de clichés diapositives et prises de vues en vidéo, nécessaire à l'enseignement.

5) De la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire impeccable après la pose des implants, et de la prothèse, soit au minimum deux fois par jour :

- un brossage de 3 minutes,
- le passage de brossettes ou autres instruments interdentaires.

6) Que le traitement par implant 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'aurai donc à régler directement le montant des honoraires selon le devis qui m'a été fourni et auquel j'ai donné mon accord.

Fait à, le.....

Nom Prénom Signature du Patient
précédés de la mention
"Lu et Approuvé, bon pour accord"