

NOM : _____

DOSSIER No : _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU TRAITEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE

Risques et complications possibles

- Alvéolite (perte du caillot sanguin à surveiller chez les fumeurs)
- Douleurs postopératoires 24 à 72 heures après la chirurgie
- Saignement mineur et temporaire, parfois accompagné d'une coloration bleutée et circonscrite sur la peau du visage
- Hémorragie, enflure et ou infection postopératoire
- Paresthésie : engourdissement temporaire ou permanent de la langue, de la lèvre, du menton, de la joue, des dents et/ou de la gencive
- Spasmes et/ou douleurs musculaires, difficulté à ouvrir complètement la bouche pour quelques jours

Difficultés / Complexités

- Anatomie des dents (racines courbées, hypercémentose, ankylose etc.)
- Anatomie des tissus et des structures connexes (sinus, fosses nasales, etc)
- Accès limité
- Proximité du nerf dentaire inférieur
- Condition médicale du patient / Médication
- Autre _____

1. Traitement proposé : _____

2. Pronostic : Bon Moyen Réservé ou défavorable

3. Conseils postopératoires :

J'ai reçu le formulaire «Recommandations postopératoires» et j'ai pris connaissance des conseils et instructions à suivre après avoir eu une chirurgie buccale.

4. J'ai bien compris la nature du traitement chirurgical proposé ainsi que les difficultés reliées à mon traitement. Je comprends que même si au départ le pronostic semble bon, il est toujours possible que survienne(nt) une ou des complications ci-haut mentionnées.

Signature : _____

Patient(e)

Dentiste

Date : _____

Cette copie doit être signée avant l'intervention proposée. Elle sera conservée au dossier et une copie pourra être remise au patient en tout temps.