



Accord et consentement éclairé aux soins de prothèse fixée unitaire

L'objectif de la prothèse fixée unitaire, appelée couronne, est de restaurer et de consolider une dent délabrée.

La couronne recouvre une dent cassée, abîmée ou très cariée, non reconstituable autrement. Ainsi elle redonne à la dent naturelle sa forme, sa taille et sa fonction.

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____
agissant pour moi ou en qualité de _____
pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances.
- une préparation de ma dent est indispensable pour la réalisation de ma couronne.
- le risque de fêlures ou fractures de la dent résiduelle existe. Le choix d'un ancrage comme assise d'une couronne constitue toujours un risque mécanique pour la racine. La fracture radiculaire peut conduire à l'extraction de la dent.
- des douleurs post-opératoires prolongées peuvent survenir sur une dent vivante qui a été préparée, cette situation nécessitera alors un traitement canalaire.
- la couronne peut se desceller. Le re-scellement peut généralement être effectué sans difficulté. Cependant, avant toute nouvelle intervention, le chirurgien-dentiste doit analyser les causes d'échec et les conséquences du descelllement. S'il constate la présence de caries ou si la couronne manque d'adaptation, elle devra être refaite.
- ma prothèse n'est pas incassable, les risques de fractures ou bris des éléments céramiques existent. Ces réparations peuvent être à mes frais.
- la prothèse a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la brosser, au même titre que mes dents naturelles ; une carie est toujours susceptible d'apparaître sous la couronne.

En outre :

- 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 des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre.
- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement,
- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle notamment le maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques, sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement.

Ainsi donc :

- j'ai reçu une information claire, complète et appropriée,
- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) fixée(s) unitaire(s).

Observations particulières :

.....
.....
.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste



Accord et consentement éclairé aux soins de prothèse fixée plurale

L'objectif de la prothèse fixée plurale, appelée bridge, est de remplacer une ou plusieurs dents en s'appuyant sur les dents adjacentes. Ainsi les dents bordant ou encadrant l'édentement seront préparées de sorte à recevoir les couronnes prothétiques qui serviront de support au(x) intermédiaire(s) remplaçant les dents absentes.

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____

agissant pour moi ou en qualité de _____

pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances.
- la préparation des dents piliers est indispensable pour la réalisation de ma prothèse fixée.
- le risque de fêlures ou fractures des dents résiduelles est possible, le choix d'un ancrage comme assise d'une couronne constitue toujours un risque mécanique pour la racine. Les cas de fractures radiculaires peuvent conduire, à l'extraction de la dent.
- des douleurs post-opératoires prolongées peuvent survenir sur une dent vivante, cette situation pourra nécessiter alors un traitement canalair.
- la prothèse fixée plurale peut se desceller. Le re-scellement peut généralement s'effectuer sans difficulté. Cependant, avant toute nouvelle intervention, le chirurgien-dentiste doit analyser les causes d'échec et les dégâts provoqués par le décollement. S'il constate la présence de caries ou si la prothèse manque d'adaptation, elle devra être refaite.
- ma prothèse n'est pas incassable, le risque de fractures ou bris des éléments céramiques existe. Ces réparations peuvent être à mes frais.
- la prothèse a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la brosser au même titre que mes dents naturelles ; une carie est toujours susceptible d'apparaître sous la prothèse.

En outre :

- 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 des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre.
- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement.
- je comprends que, ma collaboration au traitement est essentielle, notamment le maintien d'une bonne hygiène buccale et des contrôles périodiques, sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement.
- j'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou à une prothèse partielle amovible comme alternative thérapeutique si cela est possible.

Ainsi donc :

- j'ai reçu une information claire, complète et appropriée.
- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) fixée(s) plurale(s).

Observations particulières :

.....
.....
.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste



Accord et consentement éclairé aux soins de prothèse amovible partielle résine

L'objectif de la prothèse amovible est de remplacer les dents manquantes, de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire et de maintenir les dents restantes dans la bonne position. Elle se compose d'une base en résine qui soutient les fausses dents. Elle s'appuie sur les maxillaires, et est maintenue en place par des crochets qui servent d'ancrage en encerclant les dents supports. Cette prothèse moins résistante est moins stable et plus volumineuse qu'une prothèse à plaque base métallique ; elle peut être réservée à un usage temporaire.

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____
agissant pour moi ou en qualité de _____
pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances.
- les crochets peuvent être parfois visibles.
- un essayage de ma future prothèse pourra être fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserais mon chirurgien-dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse.
- suite à la pose de la prothèse, il peut apparaître un certain inconfort pouvant se traduire par des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la prothèse, douleurs sur les dents résiduelles, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gêne à la phonation, morsures des joues et de la langue. Dans ce cas une ou plusieurs séances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse.
- une prothèse amovible partielle résine n'est pas fonctionnelle comme des dents naturelles. Elle n'est pas fixée dans ma bouche, seulement stabilisée par les crochets. Aucune garantie de tenue n'est donc assurée. L'utilisation de substance provisoire adhésive pourra alors améliorer la tenue de ma prothèse.
- une gêne au niveau du palais est possible (nausées, diminution des sensations), liée à un recouvrement par la résine. Cette zone assure la stabilité de la prothèse, en cas de modification un déséquilibre peut apparaître.

- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que mes dents résiduelles, ma gencive et ma langue. Une visite annuelle chez mon chirurgien-dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse.
- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tels que la fracture de la résine, d'un crochet, ou d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- 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 des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre.
- je comprends que, même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement.
- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle notamment le maintien d'une bonne hygiène buccale et des contrôles périodiques, sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement.
- j'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou à une prothèse fixée plurale comme alternative thérapeutique si nécessaire.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée.
- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de(s) prothèse(s) partielle(s) amovible(s).

Observations particulières :

.....

.....

.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste



Accord et consentement éclairé aux soins prothèse amovible partielle plaque base métallique

L'objectif de la prothèse amovible est de remplacer les dents manquantes, de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire et de maintenir les dents restantes dans la bonne position. Elle se compose d'une plaque métallique et d'une partie en résine qui soutient les fausses dents. Elle s'appuie sur les gencives et est maintenue en place par des crochets qui servent d'ancrage en encerclant les dents supports.

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____

agissant pour moi ou en qualité de _____
pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances.
- la plaque base métallique et les crochets peuvent parfois être visibles.
- un meulage sélectif et des préparations sur mes dents naturelles ou couronnées peuvent être nécessaires pour recevoir ma prothèse amovible.
- un essayage de ma future prothèse pourra être fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserais mon chirurgien -dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse.
- suite à la pose de la prothèse, il peut apparaître un certain inconfort pouvant se traduire par des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la prothèse, douleurs sur les dents résiduelles, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gêne à la phonation, morsures des joues et de la langue. Dans ce cas une ou plusieurs séances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse.
- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que mes dents résiduelles, ma gencive et ma langue. Une visite annuelle chez mon chirurgien-dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse.
- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tel que la fracture de la résine, d'un crochet, ou d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- 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 des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre.
- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement.
- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle notamment le maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques, sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement.
- j'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou à une prothèse fixée plurale comme alternative thérapeutique si nécessaire.

Ainsi donc :

- j'ai reçu une information claire, complète et appropriée,
- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) partielle(s) amovible(s).

Observations particulières :

.....
.....
.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Accord et consentement éclairé aux soins de prothèse amovible totale

L'objectif de la prothèse amovible totale est de redonner une dentition au patient tout en s'assurant de l'aspect naturel de ses expressions faciales. Elle a pour but d'améliorer et de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire. Elle se compose d'une partie en résine qui soutient les fausses dents, elle s'appuie sur les gencives et, pour le maxillaire, au palais.

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____

agissant pour moi ou en qualité de _____

pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,
- un essayage de ma future prothèse pourra être fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserais mon chirurgien-dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,
- suite à la pose de la prothèse il peut apparaître un certain inconfort pouvant se traduire par des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la prothèse, douleurs sur les dents résiduelles, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gêne à la phonation, morsures des joues et de la langue. Dans ce cas, une ou plusieurs séances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,
- une prothèse dentaire totale n'est pas fonctionnelle comme des dents naturelles. Elle n'est pas fixée dans ma bouche, elle tient grâce à un effet de succion qui dépend de l'anatomie de mes maxillaires. L'utilisation de substance provisoire adhésive ou la pose d'implants pourront alors améliorer la tenue de ma prothèse,
- une gêne au niveau du palais est possible (nausées, diminution des sensations), liée à un recouvrement par la résine. Cette zone assure le maintien de la prothèse, sa modification entraînera donc une perte de rétention,
- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que ma gencive et ma langue. Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse,

- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tel que la fracture de la résine, d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- 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 des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,
- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner la modification du traitement,
- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle notamment le maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques, sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,
- j'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement de réhabilitation prothétique par une thérapeutique implantaire

Ainsi donc :

j'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse totale amovible.

Observations particulières :

.....
.....
.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Accord et consentement éclairé aux soins de prothèse sur implants

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____
agissant pour moi ou en qualité de _____
pour [prénom, nom] _____, né(e) le _____

certifie avoir été clairement informé(e), de manière ample et détaillée des possibilités des
réhabilitations implanto-portées qui me sont proposées par le Docteur _____ .

À ce titre, je reconnais avoir reçu un devis détaillé.

À la suite de la pose des prothèses supra-implantaires, je m'engage à appliquer les techniques
d'hygiène et d'entretien des prothèses implantaires telles qu'elles m'ont été enseignées et je les ai
bien comprises.

Afin d'assurer la pérennité des soins prothétiques effectués, je m'engage à suivre des rendez-vous de
contrôle réguliers, dont la fréquence sera déterminée par le praticien.

Après avoir eu le temps de la réflexion et avoir reçu des réponses satisfaisantes et compréhensibles à
toutes mes questions relatives aux soins qui me sont proposés et décrits dans ce devis, j'accepte
librement le traitement proposé de façon volontaire et réfléchi.

Ainsi donc :

j'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchi, et je donne mon consentement
pour la réalisation de prothèse sur implants.

Observations particulières :

.....
.....
.....

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste