



Accord et consentement éclairé au traitement et retraitement orthograde endodontique

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____ autorise le Docteur _____

ou

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____ agissant en tant que responsable légal

de [prénom, nom] _____ autorise le Docteur _____

à effectuer l'acte endodontique suivant [libellé] _____

sur la dent n° _____

J'ai été informé(e) de la nécessité de ce traitement et des détails de sa mise en œuvre et je les comprends entièrement.

J'ai été informé et avoir compris sur l'ensemble des complications possibles lors de l'intervention et en post opératoire.

J'ai compris que la restauration définitive de la dent est essentielle à la réussite du traitement endodontique et au maintien de la dent traitée et je m'engage auprès de mon praticien à la faire réaliser.

En cas de complication ou d'échec, un traitement endodontique par voie chirurgicale voire l'extraction de la dent peuvent être envisagés.

Je reconnais avoir reçu un devis détaillé concernant les actes programmés.

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

Je reconnais que le praticien s'engage à une obligation de moyen mais pas de résultat.

Fait à _____, le _____

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

Signature du chirurgien-dentiste