



## Accord et consentement éclairé aux soins en odontologie pédiatrique

Je soussigné(e), Monsieur, Madame [parent, tuteur] \_\_\_\_\_  
autorise le Docteur \_\_\_\_\_

à pratiquer sur mon enfant/adolescent [prénom, nom] \_\_\_\_\_

- Un examen clinique complet et/ou des radiographies et/ou des photographies qui pourront aider à poser un diagnostic ainsi que tous les soins nécessaires pour une meilleure santé orale de l'enfant ou de l'adolescent.
- Lors d'éventuelles séances de soins, à pratiquer une anesthésie locale, loco-régionale et/ou MEOPA (sédation consciente avec gaz correspondant à un mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote) et à effectuer les traitements bucco-dentaires jugés nécessaires selon les données acquises de la science.

### 1<sup>ère</sup> consultation

Lors de la première consultation et lors des séances de contrôles, les parents sont admis en salle de soins afin de fournir toutes les informations nécessaires et établir les premiers contacts.

Par la suite, il peut être demandé aux parents/accompagnateurs de patienter en salle d'attente lors des autres séances. Dans ce cas, un compte-rendu leur sera donné par la suite.

### Soins

Le traitement proposé pour votre enfant/adolescent est conforme aux données acquises de la science médicale et aux recommandations de bonnes pratiques, indépendamment de l'existence ou non d'un remboursement par l'Assurance maladie.

Les parents/tuteurs de l'enfant reconnaissent avoir eu le choix du traitement et toutes les explications nécessaires permettant ce choix.

À tout moment, des informations complémentaires pourront être demandées au chirurgien-dentiste qui a pris en charge votre enfant/adolescent et qui s'est engagé à le soigner.

Le plan de traitement peut être modifié en cours de soins si la situation clinique l'impose, si des contraintes techniques l'exigent ou en cas d'absence de coopération de l'enfant.

### Suivi et maintenance

Afin d'assurer la pérennité des soins prodigués à votre enfant, les parents/tuteurs du patient s'engagent à effectuer des rendez-vous de contrôle réguliers, dont la fréquence sera déterminée par le praticien, et à suivre les enseignements d'hygiène orale et de diététique.

Après une séance de soins qui a nécessité une anesthésie locale, il incombe aux parents/accompagnateur d'être vigilant quant aux éventuelles morsures de la lèvre, de la langue et de la joue.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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

Signature du chirurgien-dentiste