



Accord et consentement éclairé à la réalisation d'une chirurgie parodontale

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 réaliser l'intervention de chirurgie parodontale [libellé] _____

J'ai été informé(e) de la nécessité de cette intervention, de ses bénéfices, ses détails m'ont été
expliqués et je les comprends entièrement.

J'ai également reçu une information claire sur les alternatives thérapeutiques possibles et de ce que
le praticien pourrait être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue
d'évènements au cours de l'intervention.

J'ai été informé des complications fréquentes, spécifiques additionnelles, exceptionnelles, voire
imprévues pouvant survenir pendant ou après la chirurgie parodontale.

Je comprends que le succès du traitement parodontal dépend aussi de ma coopération, je m'engage
à respecter les rendez-vous programmés de suivi et de maintenance sur le long terme.

J'appliquerai les instructions de soins à mon domicile, incluant les techniques d'hygiène bucco-
dentaire qui m'ont été enseignées.

Je reconnais que le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès.

Je rapporterai au cabinet dentaire du praticien opérateur tout changement de mon état de santé.

Je reconnais avoir reçu un devis détaillé. 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 ce
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