

Consentement éclairé du patient

Je soussigné(e) Mme / M., donne mon consentement éclairé pour le traitement proposé par Docteur..... qui m'a informé :

- De sa nécessité suite à l'examen clinique et aux examens complémentaires nécessaires.
- Des alternatives thérapeutiques possibles.
- De la nécessité de contrôles cliniques et radiographiques réguliers suite au traitement proposé.
- Des bénéfices et du pronostic mais également des suites postopératoires et complications éventuelles (chirurgicales ou prothétiques) de ce type de traitement.
- Le cas échéant, des risques éventuels liés à d'autres pathologies dont je suis atteint ou d'autres traitements dont je bénéficie.
- Que le praticien peut être amené à modifier le traitement en fonction de la survenue d'évènements durant celui-ci.
- Des contraintes pouvant être engendrées par la mise en oeuvre du traitement.
- De la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire très rigoureuse et de l'impact délétère du tabagisme sur la réussite et la pérennité du traitement.
- Qu'en cas de rupture unilatérale du traitement par le patient, la responsabilité du praticien ne pourrait être engagée.

Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à mon traitement et reçu des explications claires permettant de guider mon choix. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention. Je m'engage à respecter toutes les consignes préopératoires et postopératoires qui m'ont été données.

Plan de traitement :

Date :

Signature du praticien :

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé ») :