



TRUDENT CLINICS - CONSENTEMENT AU
BLANCHIMENT DENTAIRE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU

TRAITEMENT DE BLANCHIMENT

DENTAIRE

_____ Cette information m'a été donnée pour me permettre de prendre une décision éclairée au sujet du blanchiment dentaire appliqué sur mes dents. Je peux me donner aussi longtemps que je le souhaite pour prendre ma décision de signer ce formulaire de consentement éclairé. J'ai le droit de poser des questions sur toute procédure avant de consentir à la subir. Je souhaite me faire blanchir les dents par la technique " en cabinet ".

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

_____ Le blanchiment en cabinet consiste à une procédure visant à éclaircir la couleur de mes dents à l'aide d'un gel de peroxyde d'hydrogène. Le traitement de blanchiment en cabinet implique l'utilisation du gel pour obtenir des résultats de blanchiment les plus efficaces possibles dans un délai le plus court possible.

_____ Durant la procédure, un gel blanchissant sera appliqué sur mes dents pendant deux ou trois séances qui dureront 20 minutes, avec une quatrième séance facultative de 20 minutes. Tout au long du traitement, un écarteur en plastique sera placé à l'intérieur de ma bouche pour la garder ouverte et les tissus mous de ma bouche (c'est-à-dire mes lèvres, mes gencives, mes joues et ma langue) seront couverts pour s'assurer qu'ils ne sont pas exposés au gel.

_____ Il est également possible d'appliquer un baume à lèvres si nécessaire et on me fournira des lunettes de protection pour mes yeux. À la fin du traitement, l'écarteur, le gel et tous les revêtements de tissus seront retirés de ma bouche. Avant et après le traitement, la couleur de mes dents supérieures sera évaluée et enregistrée.

LES RISQUES LIÉS AU TRAITEMENT

_____ Je comprends que les résultats du traitement de blanchiment dentaire en cabinet peuvent différer ou se dégrader à cause d'un certain nombre de facteurs. Je comprends que presque toutes les dents naturelles possibles d'être éclaircies grâce à un traitement de blanchiment en cabinet. Je comprends que les traitements de blanchiment dentaire en cabinet ne visent pas à éclaircir les dents artificielles, les coiffes, les couronnes, les facettes ou les restaurations en porcelaine, en composite ou autres, et les personnes présentant des dents tachées.

_____ Je comprends que les dents ayant une coloration multiforme, des bandes, des taches ou des points en raison de l'utilisation de tétracyclines ou de la fluorose ne se blanchissent pas de la même manière et peuvent nécessiter plusieurs séances de traitement ou ne pas se blanchir du tout. Je comprends que les dents comportant de nombreuses obturations, des caries, des ébréchures ou des fissures risquent de ne pas s'éclaircir et qu'en général, il vaut mieux les traiter par d'autres moyens non décolorants.

_____ Je comprends qu'il n'est pas possible de garantir les résultats de mon blanchiment en cabinet.



TRUDENT CLINICS

_____ Je comprends que, malgré la formation de mon dentiste/hygiéniste à l'utilisation appropriée du système de blanchiment en cabinet, le traitement comporte néanmoins des risques.

_____ Je comprends que certaines des éventuelles complications de ce traitement comprennent, mais ne sont pas limitées à :

_____ La sensibilité dentaire est un phénomène normal et généralement léger, mais elle peut s'aggraver chez les personnes fragiles. En règle générale, la sensibilité ou la douleur dentaire qui suit un traitement de blanchiment disparaît au bout de quelques jours, mais elle peut persister plus longtemps chez les personnes fragiles.

Les personnes souffrant déjà de sensibilité, récession, une dentine exposée, surfaces radiculaires exposées et grandes facettes en usure (dents très usées), émail endommagé ou manquant, dents fissurées, caries, obturations non étanches, ou autres conditions dentaires qui provoquent la sensibilité ou permettent la pénétration du gel à l'intérieur de la dent peuvent voir ces conditions augmenter ou prolonger la sensibilité ou la douleur dentaire suite à un traitement de blanchiment.

_____ Il est naturel que, après le traitement de blanchiment, les dents qui ont fait l'objet du traitement de blanchiment perdent légèrement de leur couleur après le traitement. C'est naturel et cela se produit progressivement, pourtant cela peut s'accélérer si les dents sont exposées à divers agents de coloration. Le traitement implique généralement le port d'une gouttière à domicile ou la répétition du traitement de blanchiment.

_____ Je comprends que le résultat du traitement de blanchiment n'est pas censé être permanent et que des traitements ultérieurs, répétés ou à domicile, peuvent être nécessaires pour conserver la couleur que je désire donner à mes dents. Je comprends que, suite au traitement, il me faudra éviter de consommer toute substance susceptible de décolorer mes dents pendant les 48 premières heures qui suivent le traitement. Parmi ces substances se trouvent : le café, les thés et les colas, TOUS les produits du tabac, la moutarde ou le ketchup, le vin rouge, la sauce soja, les baies, les tartes aux baies et les sauces rouges.

Vu qu'il est impossible de mentionner toutes les complications qui pourraient se produire à la suite d'un traitement de blanchiment, cette liste de complications ne sera pas exhaustive. Mon dentiste/hygiéniste m'a bien expliqué les procédures de base concernant les traitements de blanchiment, ainsi que les avantages et les inconvénients, les éventuels risques et les éventuelles complications connues des traitements alternatifs, et il a pleinement répondu à toutes mes questions.

Par la signature de ce consentement éclairé, je déclare avoir lu ce consentement éclairé (ou qu'il m'a été lu) et je le comprends pleinement, y compris les éventuels risques, complications et avantages qui peuvent résulter du traitement de blanchiment, et j'accepte de suivre le traitement tel qu'il est décrit par mon dentiste et/ou son personnel.

La signature de ce document dans le champ prévu à cet effet signifie que j'ai lu et compris intégralement le document et que je donne mon accord au traitement de blanchiment en cabinet qui sera effectué sur moi.

Nom du patient en lettres moulées :

Signature du patient

Date :