



## TRUDENT CLINICS CONSENTEMENT A LA CHIRURGIE BUCCALE

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU TRAITEMENT

#### DE CHIRURGIE BUCCALE

Avant de consentir à l'extraction de dents, à l'extraction de dents enclavées (celles qui sont "enfouies" ou sous la gencive), à d'autres traitements dentaires ou à l'administration de certains anesthésiques, il faut être conscient qu'il existe certains risques qui y sont associés.

Nous extrairons la/les dent #(s)

Parmi les risques les plus courants, on peut citer, sans s'y limiter, les suivants

1. Réactions aux médicaments et effets secondaires
2. Dommages aux dents voisines ou aux obturations
3. Infection postopératoire
4. Saignement postopératoire qui pourrait nécessiter un traitement
5. Risque qu'un petit morceau de racine reste dans la mâchoire et que son extraction nécessite une procédure chirurgicale approfondie.
6. Retard de cicatrisation (alvéole sèche) qui nécessite de fréquents soins postopératoires.
7. Possibilité de toucher le sinus lors de l'extraction des molaires supérieures, ce qui pourrait nécessiter un traitement supplémentaire ou une réparation chirurgicale ultérieure.
8. Possibilité de toucher le nerf, y compris, mais sans s'y limiter, lors de l'extraction des molaires inférieures, provoquant des picotements ou un engourdissement passager ou éventuellement permanent, ou une douleur de la lèvre inférieure, du menton ou de la langue du côté opéré.
9. Ecchymoses et/ou inflammation des veines sur le site où ont été administrés les médicaments par voie intraveineuse, susceptibles de nécessiter un traitement ultérieur.
10. Dans de rares cas, la rupture de la mâchoire
11. En raison de l'injection ou de l'utilisation de l'anesthésie, il peut arriver qu'il y ait un gonflement, une sensibilité des muscles de la mâchoire ou même un engourdissement de la langue, des lèvres, des dents, des mâchoires et/ou des tissus du visage, qui est en général passager. Il arrive, dans de rares cas, que cet engourdissement soit permanent.



## 12. Autres

J'ai eu la possibilité de choisir entre différentes techniques d'anesthésie et je consens aux anesthésies suivantes :

Anesthésie locale (injection) \_\_\_\_\_ Anesthésie locale (injection) avec sédation intraveineuse \_\_\_\_\_

Par la présente, je reconnais avoir lu intégralement les informations qui précèdent, avoir abordé toutes les questions ou préoccupations que je pourrais avoir concernant l'intervention chirurgicale/le traitement dentaire proposé, et avoir reçu des réponses satisfaisantes. Je suis conscient que la pratique de l'art dentaire est une science inexacte et qu'aucune garantie ne peut être fournie et ne m'a été offerte.

Signature du patient / représentant autorisé juridiquement \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées si signé au nom du patient \_\_\_\_\_