



TRUDENT CLINICS CONSENTEMENT AU  
CANAL RADICULAIRE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU

TRAITEMENT DE CANAL RADICULAIRE

Nom du patient

J'autorise par la présente le DR. \_\_\_\_\_ d'effectuer le canal radiculaire sur ma(mes)  
dent(s) numéro:

Le dentiste m'a expliqué que cette procédure a pour but de de conserver les dents qui pourraient sinon devoir être arrachées. Le médecin m'a bien expliqué le traitement et les résultats escomptés. Je comprends que cette procédure est facultative et qu'il existe des traitements alternatifs, et que le dentiste m'a expliqué les risques et les avantages de ces alternatives. Je comprends aussi que le traitement du canal radiculaire offre un taux de succès très élevé, mais que le médecin n'a pas promis ou garanti un résultat parfait.

Le dentiste m'a expliqué que la procédure présentait certains éventuels risques. Ceux-ci comprennent :

1. Incapacité d'obturer entièrement le canal radiculaire en raison d'une calcification ou d'une courbure particulière (ce qui peut exiger une intervention chirurgicale endodontique ou l'extraction de la dent).
2. Une éventuelle infection qui peut se produire et persister, nécessitant une nouvelle chirurgie endodontique ou une extraction
3. Fracture ou rupture de la racine ou de la couronne durant ou après le traitement
4. Bris accidentel de limes ou d'instruments à l'intérieur du système radiculaire et impossibilité de les récupérer
5. Perforation de la dent ou de la racine de la dent durant le traitement
6. Dommages aux obturations, couronnes ou facettes en porcelaine en place
7. En raison de l'injection ou la pratique de l'anesthésie, un gonflement, une sensibilité des muscles de la mâchoire, voire un engourdissement passager ou permanent au niveau de la langue, des lèvres, des dents, de la mâchoire et/ou des tissus du visage pourraient se produire.
8. Il est possible que d'autres conditions imprévues surviennent qui nécessitent une procédure différente de celle décrite ci-dessus, un nouveau traitement, ou que je sois adressé à un spécialiste pour un traitement supplémentaire. J'autorise le dentiste et ses associés à pratiquer ces procédures si, selon leur avis professionnel, elles sont nécessaires, et ce après en avoir parlé avec moi et avoir obtenu mon consentement verbal (excepté dans les cas d'urgence où il n'est pas possible d'obtenir ce consentement).



Je suis conscient(e) que les médicaments, les drogues, les anesthésiques et les ordonnances utilisés dans le cadre de cette procédure sont susceptibles d'entraîner une somnolence et un manque d'attention et de coordination. Je suis également conscient(e) que les médicaments et les anesthésiques pourraient entraîner des réactions imprévues, nécessitant éventuellement un traitement médical. Je comprends en outre que je ne devrais pas consommer d'alcool ou d'autres drogues simultanément, car ils peuvent accentuer ces effets. Des conseils m'ont été donnés de ne pas travailler et de ne pas conduire de voiture ou de machine jusqu'à ce que je sois complètement guéri des effets des médicaments. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin ou au personnel.

Signature du patient / représentant autorisé juridiquement

Date

Nom en lettres moulées si signé au nom du patient

Parenté