

## Consentement éclairé: couronne ou bridge

La nature du traitement prothétique envisagé, l'indication, les avantages et les inconvénients m'ont été expliqués par mon dentiste.

Les alternatives thérapeutiques ont été évoquées et écartées au profit de la présente proposition.

Je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent quand même survenir parmi lesquelles (de manière non exhaustive): le descellement de la couronne; la fêlures ou fractures de la dent résiduelle; la fracture de céramique; une douleur postopératoire prolongée sur une dent vitale (nécessitant sa dévitalisation; la possibilité d'infection liée à la nécrose pulpaire (mort de la dent) suite de la taille de dent vivante, ou à la dévitalisation incomplète (anatomie particulière, anciens traitements de dévitalisation...); la révélation d'une fissure ou carie profonde au démontage d'une ancienne couronne; une douleur temporaire à la mâchoire, aux dents et aux muscles de la mastication.

Ces complications peuvent entraîner la nécessité de modifier le cours et la nature du traitement, par exemple par l'obligation de faire un traitement endodontique, de procéder à une chirurgie des tissus mous environnants, voire d'extraire la dent. Toutes ces modifications peuvent entraîner des frais supplémentaires.

Enfin, je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle pour un résultat maintenu sur le long terme (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale, contrôles périodiques, bon usage masticatoire).

J'ai discuté de tout ce qui précède avec mon dentiste, il a répondu à toutes mes questions et je témoigne de mon consentement éclairé au traitement.

Signature du patient

Date