

Consentement dent de sagesse

Je soussigné, avoir été informé, par le Docteur Arnaud WIBER des conséquences post et per opératoires possibles consécutives à l'extraction de la dent de sagesse et de l'anesthésie, parmi lesquelles un œdème, un hématome, des douleurs, une éventuelle insensibilisation localisée irréversible (langue, lèvre inférieur....), une fracture de mandibule, l'expulsion de la dent dans le sinus ou ailleurs....ainsi que toutes leurs implications.

Les conséquences liées à une abstention d'intervention ont été évoquées.

Toutes ces informations ont été délivrées au cours du rendez-vous pré-opératoire.

Je déclare accepter les risques et les conséquences opératoires.

J'ai eut la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et suis satisfait(e) des réponses apportées.

Toutes les autres possibilités thérapeutiques ont été évoquées mais, ont toutes été écartées en conscience, au profit de la présente proposition.

Signature du patient

Date