

Consentement éclairé

Traitements de parodontie

La parodontite est une maladie des tissus de soutien de la dent (gencive, os, ligament) très fréquente chez l'adulte. Elle se caractérise par des saignements, de l'inflammation et une détérioration des tissus mous ainsi que du support osseux autour de la dent. La cause de la maladie est d'origine bactérienne, mais plusieurs autres facteurs comme : la cigarette, certaines maladies systémiques (diabète), certains enzymes et l'hygiène dentaire peuvent jouer un rôle sur la maladie ou sur la guérison suite aux traitements. À plus ou moins long terme, cette maladie peut entraîner la perte des dents.

En tant que patient, j'ai été informé de ma condition parodontale et des procédures à effectuer pour améliorer celle-ci. Je sais que la parodontite est une maladie qui ne se guérit pas mais qui se contrôle et dont on peut maîtriser l'évolution.

J'ai été informé des avantages, inconvénients (rétraction cicatricielle, sensibilité dentinaire...), et risques éventuels liés à l'anesthésie locale et au traitement. Le traitement initial peut être non chirurgical (détartrage-surfaçage-curetage) ou chirurgical (surfaçage-curetage avec ou sans biomatériau de régénération tissulaire) en fonction de la situation clinique.

Je m'engage à effectuer à la maison les soins qui me seront expliqués par le dentiste. Je comprends que la collaboration entre le patient et l'équipe dentaire est essentielle à la réussite des traitements. Pour assurer que les bons résultats obtenus grâce aux traitements puissent perdurer, je suis conscient que je devrai suivre consciencieusement les recommandations du dentiste au sujet de la fréquence de mes suivis réguliers et de l'hygiène buccodentaire quotidienne.

J'ai pris connaissance de la procédure et je la comprends. On m'a expliqué l'information contenue dans le présent document et j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je m'engage aussi à respecter les rendez-vous qui me seront alloués ainsi que les modalités de paiements. Je consens à ce traitement.

Signature du patient

Date