

## Consentement éclairé

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

A été informé(e) que les risques et complications suite à l'intervention chirurgicale concernant :

- la résection apicale de \_\_\_\_\_
- l'avulsion de \_\_\_\_\_
- l'implant de la région \_\_\_\_\_

sont :

le gonflement, la douleur, le saignement (ou hématome), la récurrence, la perte dentaire, la limitation de l'activité, l'ouverture du sinus maxillaire, la lésion d'un nerf (sensibilité de la lèvre ou de la langue) lors d'opération à la mandibule, la fracture de la mandibule (nourriture molle pendant 6 semaines).

En cas de médication permettant de fluidifier le sang, il est formellement déconseillé (sauf avis contraire de votre médecin traitant) d'arrêter ce traitement.

Les interventions peuvent être réalisées sous anesthésie locale, sédation, ou générale (sous certaines conditions).

Ces informations me sont données de façon détaillée et compréhensible. J'ai la possibilité de poser toutes les questions relatives à l'intervention.  
Je n'ai pas d'autres questions.

Date :

Signature du patient :