

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LA CHIRURGIE ORALE ET L'IMPLANTOLOGIE

CLINIQUE DENTAIRE CHC

Adresse : Carrer de la Foneria 24, 08038, Barcelone, Espagne

Informations sur le patient

- **Nom Complet : RAFAEL ANTONIO MORA**
 - **Date de Naissance : 27/12/1987**
 - **ID/Passeport : 00118442417**
 - **Procédure Planifiée :**
 - **Date de la Procédure :**
 - **Nom du Contact d'Urgence :**
 - **Téléphone du Contact d'Urgence :**
 - **Nom du Médecin Responsable :**
-

1. INTRODUCTION

Ce document constitue un consentement éclairé pour l'intervention chirurgicale orale recommandée et/ou la pose d'implants dentaires. L'objectif est de fournir une compréhension complète du traitement proposé, y compris sa nature, ses objectifs, les résultats attendus, les risques possibles et les alternatives disponibles.

En signant ce document, vous reconnaissez avoir compris la procédure, avoir eu l'opportunité de poser des questions et prendre une décision éclairée. Si le patient est mineur ou sous tutelle, le représentant légal doit signer ce formulaire.

2. DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

La chirurgie orale et l'implantologie peuvent inclure :

- **Pose d'implants dentaires**
- **Extractions dentaires**
- **Augmentations osseuses**
- **Soulèvements de sinus**

- Greffes de tissus mous

Étapes typiques :

- Anesthésie locale (avec ou sans sédation)
- Lambeau chirurgical
- Préparation du site implantaire
- Placement de l'implant
- Sutures chirurgicales
- Suivi post-opératoire

Des procédures additionnelles (greffes, sinus lift) peuvent être réalisées selon le jugement du médecin, sauf opposition préalable du patient.

3. RISQUES ET COMPLICATIONS POTENTIELS

Parmi les risques :

- Douleur, gonflement, ecchymoses
- Infections locales ou systémiques
- Saignements ou cicatrisation retardée
- Troubles neurologiques (paresthésies)
- Échec de l'implant
- Complications sinusiennes
- Lésions des structures adjacentes
- Réactions allergiques

Bien que les mesures de sécurité soient rigoureuses, toute chirurgie comporte des risques. En cas de complication, des actions correctrices seront prises.

4. ALTERNATIVES DE TRAITEMENT

Si les implants ne sont pas souhaités ou possibles, d'autres options existent :

- **Prothèses amovibles**
- **Bridges fixes**
- **Traitement orthodontique**
- **Aucun remplacement (avec risques esthétiques/fonctionnels à long terme)**

Le dentiste discutera avec vous des meilleures alternatives selon votre situation.

5. SOINS POSTOPÉRATOIRES

Il est essentiel de respecter :

- **La médication prescrite (antalgiques, antibiotiques)**
- **L'interdiction de fumer/boire de l'alcool**
- **Une hygiène rigoureuse, sans contact direct avec la zone**
- **Un régime alimentaire mou**
- **Les rendez-vous de suivi**
- **Le signalement de tout symptôme anormal**

Le non-respect de ces recommandations peut entraîner des complications.

6. DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT OU DU REPRÉSENTANT LÉgal

Signature du Représentant Légal (si applicable)

- **Nom Complet :**
- **Lien de Parenté avec le patient :**
- **Signature : _____**
- **Date : 09/01/2026**

Signature du Médecin Responsable

- **Nom Complet :**

- **Signature :** _____

- **Date :** 09/01/2026

Ce document constitue un accord juridiquement contraignant entre le patient et la Clinique Dentaire CHC. Il est recommandé d'en conserver une copie.