

■
**Implantologie
Chirurgie Buccale**

**CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ EN IMPLANTOLOGIE
et CHIRURGIE PRÉ-IMPLANTAIRE**

Document élaboré par le cabinet dentaire ICBI

Je certifie avoir été informé(e) clairement des spécificités des réhabilitations implanto-portées qui me sont proposées :

- Des traitements alternatifs classiques par prothèse conjointe (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont éventuellement possibles dans mon cas.
- La mise en place chirurgicale d'implants et de greffes est possible mais aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement. Le taux de succès dans notre cabinet est de l'ordre de 98%.
- Des risques éventuels existants et des suites opératoires classiques, ainsi que de ceux qui résultent d'un échec.
- De la nécessité de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis annuellement par la suite.
- Des procédures d'hygiène et d'entretien des sites implantaire qui sont nécessaires et m'ont été conseillées.
- Il existe des matériaux de greffe d'origine autogène, allogène ou xénogène. Les particularités de la greffe éventuellement prévue pour mon intervention m'ont été expliquées.
- En cas d'échec sur un ou plusieurs implants (insuffisance d'ostéo-intégration), ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.
- **Le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit fortement le taux de succès des implants.**

Je certifie en outre avoir eu le temps de la réflexion et avoir pu poser toutes les questions relatives à l'intervention.

- Je suis satisfait(e) des réponses apportées.
- Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention, de son déroulement et de l'objectif à atteindre.

Ainsi,

- Je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchi, sachant que le risque médical existe.

- J'ai été informé(e) que le traitement chirurgical par implants dentaires, quoique inscrit à la Classification Commune des Actes Médicaux, reste actuellement un acte non pris en charge (NPC) par l'Assurance Maladie Obligatoire ; que de ce fait, il n'y a aucune prestation financière de la part des Caisses d'Assurance Maladie.
- J'autorise la présence d'un étudiant ou stagiaire lors de mon intervention, celui-ci n'étant présent qu'à titre d'observateur.
- J'autorise la réalisation de photographies per-opératoires qui pourront être utilisées à des fins de formation après avoir été anonymisées.
- Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible notamment sur les risques les plus fréquents et les plus graves, j'accepte en conséquence le plan de traitement annexé.

Fait à Vélizy-Villacoublay, le ____/____/_____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :