



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : LES GREFFES DE GENCIVE

Je soussigné(e) ..... Certifie avoir été informé(e) par mon dentiste :

1. Des avantages, inconvénients et risques normalement prévisibles au traitement proposé pour lequel je donne mon consentement réfléchi ;
2. Du fait que la greffe ne corrige que les conséquences du déchaussement des dents, et ne dispense pas d'un traitement de la cause (détartrage/surfaçage et correction brossage traumatique notamment) ;
3. De la nécessité de respecter les prescriptions et contraintes liées à la mise en œuvre de ce traitement et à se soumettre aux visites de contrôle et aux examens que mon dentiste estimera nécessaire;
4. Du fait que la maintenance parodontale (détartrage/surfaçage) est d'autant plus indispensable après une greffe, à raison en moyenne de 2 séances d'assainissement parodontal par an ;
5. Comme pour toute intervention chirurgicale, j'ai été averti des aléas thérapeutiques et des risques d'échecs de la greffe : l'objectif premier est l'épaississement de la gencive afin de la stabiliser, objectif atteint dans une très grande majorité des cas, en revanche le recouvrement radiculaire complet, objectif secondaire, ne peut pas être garanti au préalable ;
6. Du fait que le respect des consignes post-opératoires (ne pas fumer, ne pas brosser ou solliciter mécaniquement la greffe pendant 1 semaine en moyenne) est un paramètre essentiel pour la réussite de la greffe ;
7. Qu'en cas d'échec, une nouvelle intervention peut être proposée sans frais supplémentaire ;
8. Du devis qui m'a été transmis et pour lequel je donne mon accord ;
9. Que les greffes de gencives ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale, mais peuvent faire l'objet d'un remboursement par certaines mutuelles.
10. Que vous, le patient, êtes un acteur essentiel de cette intervention. Sans votre concours attentif et scrupuleux le résultat sera inmanquablement moins bon que dans le cas inverse.

Lozanne , Le .....

Signature

