



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : CHIRURGIE IMPLANTAIRE

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

1. Des avantages, inconvénients et risques normalement prévisibles au traitement implantaire proposé pour lequel je donne mon consentement réfléchi ;
2. Des autres possibilités prothétiques qui seraient possibles dans mon cas (appareil amovible ou bridge) ;
3. De la nécessité à 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 le parodontiste estimera nécessaire de prescrire ;
4. Du fait que la maintenance parodontale par détartrage/surfaçage est d'autant plus indispensable avec des implants, 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 pose de l'implant (non-ostéointégration dans 2% des cas) ;
6. Qu'en cas d'échec à court terme (dans la 1<sup>ère</sup> année), l'implant sera déposé sans frais supplémentaire, si un nouvel implant est posé, il le sera sans frais supplémentaire également ;
7. Du devis estimatif pour lequel je donne mon accord, si le plan de traitement et le devis devaient subir des modifications, un nouveau consentement serait demandé ;
8. Que le traitement par prothèse implanto-portée n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence aucune prise en charge n'est possible par les caisses d'assurance maladie ;
9. Que la pose de l'implant est la première étape du traitement, la pose de la couronne devant être envisagée par la suite.

Lozanne , Le .....

Signature

