

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Praticien traitant :

Certifie avoir été informé(e) par le Docteur Philippe BLEICHER :

- Que des traitements par des prothèses classiques (abstention thérapeutique, bridge ou prothèse adjointe amovible) sont possible dans mon cas. La solution implantaire ne sera validée qu'après l'analyse du scanner. Le (a) patient(e) a eu le choix de son traitement. (Explications données avec animations. Mon site informatif à consulter : dr-philippe-bleicher.chirurgien-dentiste.fr)
- Que les suites opératoires sont rarement sensibles, mais il faut prévoir la présence éventuelle d'un œdème qui peut persister 2 à 3 jours.
- Que la réhabilitation implantaire est inscrite à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence une petite prise en charge est possible par les Caisses d'Assurance Maladie. (+/- 100 € par couronne sur implant).
- Des radiographies intrabuccales des implants seront réalisées (non remboursées par la sécurité sociale). **2** radiographies lors de la pose, **1** lors de l'exposition, **2** lors de la mise en place de la couronne (demandées par les mutuelles), et lors des contrôles périodiques des implants. 8 € par radio seront facturés (non remboursés).
- Qu'il n'y a pas de phénomène de rejet avec les systèmes implantaires. Les implants que nous posons sont en titane pur. Le titane est un métal parfaitement biocompatible.
- Que la mise en place d'implants est possible dans mon cas, mais que certains échecs existent dans ce type de traitement.
- Qu'en cas d'échec sous un an, l'implant sera déposé, et la réimplantation sera réalisée dans les délais imposés par la cicatrisation. **(sans frais supplémentaires pour vous)**
- **Le tabagisme** peut entraîner des complications graves (infections et perte de l'os pouvant nuire à la réussite du traitement), il est donc préconisé **d'arrêter la consommation du tabac au moins 6 jours avant l'intervention et attendre 15 jours après le RV pour refumer.**
- De la nécessité après l'implantation, d'effectuer un **contrôle clinique, radiographique et parodontal annuel, réalisé par votre dentiste traitant. Selon la situation clinique et son évolution des séances de maintenance peuvent s'avérer nécessaire.**
- J'autorise également la prise de photographies destinées à l'enseignement **et à la communication** (de façon totalement anonyme).
Toute notre équipe se tient à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser.

Signature du Patient précédée de la mention lu, approuvé et compris :