

## INFORMATION MEDICALE CONCERNANT LES AVULSIONS DENTAIRES

Les avulsions dentaires sont indiquées :

- lorsque les dents constituent un risque infectieux et ne peuvent bénéficier de traitements conservateurs (en prévision d'un traitement médical immunosuppresseur, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie cervico-faciale, ou par rapport à certaines pathologies médicales), ceci afin de prévenir les risques de complications infectieuses,
- en vue d'une réhabilitation prothétique globale.

L'intervention peut s'effectuer sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction du caractère invasif de l'acte (nombre de dents, profondeur d'inclusion, situation anormale ...) et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...)

Les suites opératoires normales sont : l'oedème (gonflement des joues), la douleur, la limitation de l'ouverture de la bouche, ainsi qu'un petit saignement de quelques heures.

Tout acte chirurgical, même bien mené, comporte des risques de complications immédiates ou tardives, qui doivent cependant être relativisés au regard des bénéfices attendus :

- Hématome et saignement persistant,
- Alvéolite : inflammation ou infection de l'alvéole dentaire,
- Cellulite : inflammation ou infection des tissus mous de la face ou de la bouche,
- Lésion d'une dent voisine, descellement d'une couronne, fracture d'une restauration, d'un bridge ou d'une dent
- Communication entre la bouche et le sinus qui se ferme seule le plus souvent (4 à 8 semaines). En cas de persistance, une intervention sera nécessaire pour obtenir sa fermeture.

En cas de complications, il est conseillé de prendre contact avec votre chirurgien.

**Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les effets secondaires de cet acte.**

## Consentement éclairé

1. Je confirme que le Docteur Anne-Cécile BECMEUR m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée.

### Nature de l'intervention :

2. Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.

3. J'ai été informé des **bénéfices** attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.

4. J'ai pris note des **risques** possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.

5. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.

6. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.

7. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

### Information reçue et bien comprise

Nom : .....Prénom : .....

Signature du patient ou du représentant légal :

**Document à signer et à remettre au plus tard le jour de l'intervention**