

INFORMATION MEDICALE CONCERNANT L'AVULSION DES DENTS DE SAGESSE

Les avulsions des dents de sagesse ou troisième molaires, (appelées germes lorsque les racines sont absentes ou incomplètes) sont indiquées en raison d'un mauvais positionnement, d'un manque de place, d'accidents douloureux, inflammatoires, infectieux, tumoraux...

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'œdème (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 dentaire, d'un bridge ou d'une dent,
- Perte ou diminution de la sensibilité de la lèvre ou de la langue, le plus souvent transitoire (quelques semaines à quelques mois), et exceptionnellement définitive,
- Fracture osseuse (notamment l'angle de la mandibule) pendant l'intervention ou pendant la phase de consolidation,
- 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,
- Projection d'une dent de sagesse supérieure ou d'un fragment dans le sinus, en arrière du sinus ou dans la joue, pouvant justifier d'une nouvelle intervention.

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.

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