



Docteur Mathieu Deudon  
Chirurgien Dentiste

## CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT

Ayant renseigné le Praticien sur mon état physique, et mon désir d'une réhabilitation implantaire, je certifie avoir été informé par le Docteur Mathieu DEUDON :

- De l'intervention que je subirai et d'accepter de m'y soumettre tout en connaissant les risques inhérents à celle-ci et à la **possibilité d'échec éventuel**. Qu'aucune garantie de succès à 100% ne peut être assurée dans ce type de traitement.
- Des traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou prothèse amovible (appareil) qui seraient possibles dans mon cas.
- Des conditions imposées par le Docteur Mathieu DEUDON quant à l'hygiène et la nécessité des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an pendant les trois premières années, qui suivent l'intervention, puis une fois par an par la suite. Les consultations de contrôle pendant la première année sont **gratuites**.
- Que le traitement par implant n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence il n'y aura aucune prise en charge par cette dernière.
- Que si le traitement impose un comblement du bas fond sinusien, j'ai été informé des suites post-opératoires à savoir : *douleur calmée par un antalgique et œdème jugal*. Une sinusite aigüe a été décrite dans certains cas, imposant un drainage du sinus.
- Que si la stabilité à long terme de l'implant ne peut être assurée, **il sera déposé et reposé sans honoraires, ni facturation pendant 1 an**. Seule une participation aux frais de bloc opératoire et aux actes radiologiques sera demandée.

Cette garantie ne s'applique que si le suivi parodontal est réalisé deux fois par année, **et si l'équilibre mécanique** de la bouche est respecté selon le plan de traitement initial.

J'ai pu poser toutes les questions concernant ces traitements et les explications m'ont été fournies en termes suffisamment clairs. *J'atteste comprendre le français.*

Il a été décidé d'un commun accord, d'opter pour ce traitement.

Fait à Combloux, le

**Nom & Prénom / Signature du patient :**

(Précédée de la mention « lu, approuvé et accepté après réflexion »)