

## CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE EN IMPLANTOLOGIE

Document élaboré par .....

Selon préconisation de la Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français - Groupe M.A.C.S.F.

### NOM

Date de naissance

Adresse

### PRENOM

Profession

N° de téléphone

"Je soussigné(e),

*ou*

"Je soussigné(e), agissant en tant que responsable légal de .....

- Certifie avoir été informé(e) clairement des spécificités des réhabilitations implanto-portées qui me sont proposées:

- Des traitements alternatifs classiques par prothèse conjointe (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
- La mise en place chirurgicale d'implants est possible mais aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
- Des risques éventuels existant et des suites opératoires classiques, ainsi que de ceux qui résultent d'un échec.
- De la nécessité de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis annuellement par la suite.
- Des procédures d'hygiène et d'entretien des sites implantaire qui sont nécessaires et m'ont été conseillées.
- En cas d'échec sur un ou plusieurs implants (insuffisance d'ostéo intégration), ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.
- Le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès des implants.

- Certifie en outre avoir eu le temps de la réflexion et avoir pu poser toutes les questions relatives à l'intervention.

- Je suis satisfait(e) des réponses apportées.
- Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention, de son déroulement et de l'objectif à atteindre.

- Ainsi,

- Je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchi, sachant que le risque médical existe.
- J'ai été informé(e) que le traitement chirurgical par implants dentaires, quoique inscrit à la Classification Commune des Actes Médicaux, reste actuellement un acte non pris en charge (NPC) par L'Assurance Maladie Obligatoire ; que de ce fait, il n'y a aucune prestation financière de la part des Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible notamment sur les risques les plus fréquents et les plus graves, j'accepte en conséquence le plan de traitement annexé.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)