FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE BLANCHIMENT DES DENTS

Ce que vous devez savoir

En raison des différences de potentiel de guérison entre les individus, il n'est pas possible de prévoir le potentiel de guérison de chaque personne avant les interventions. Veuillez noter que le traitement que vous allez recevoir peut parfois échouer, nécessitant ainsi des répétitions, et les résultats du traitement ne peuvent être garantis. Veuillez fournir des informations détaillées à votre médecin concernant votre santé physique et mentale. De plus, vous devez informer votre médecin des allergies préexistantes aux médicaments, aux aliments, aux anesthésiques, au pollen ou à la poussière, des maladies systémiques, des réactions cutanées et gingivales, des saignements anormaux et d'autres problèmes de santé générale.

Le blanchiment des dents est le processus d'élimination des jaunissements, des taches et des décolorations qui se forment à la surface des dents en utilisant des agents de blanchiment dentaires (gels) appliqués sur les dents sans les éroder ni les recouvrir d'une autre substance artificielle. Le traitement de blanchiment des dents est un processus chimique et n'entraîne aucune érosion ou dommage physique à la structure des dents.

Traitement prévu:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Risques, recommandations et complications liés à l'intervention de blanchiment des dents

•Le blanchiment des dents peut entraîner une sensibilité pendant ou après le processus. Cette sensibilité disparaît généralement d'elle-même dans les 1 à 2 jours. •Si nécessaire, un analgésique peut être utilisé le premier jour après le traitement.

•Dans les 1 à 2 premiers jours suivant le traitement, la consommation d'aliments ou de boissons très chauds ou froids peut causer une sensibilité dentaire.

•Suite au blanchiment des dents, une perte d'eau dans les dents peut rendre ces dernières plus opaques. Cependant, cette perte d'eau se résorbera en une semaine et les dents retrouveront un aspect naturel et transparent.

•Des taches blanches peuvent se former sur les gencives, les joues ou les lèvres là où le gel de blanchiment est entré en contact. Ces taches blanches disparaissent généralement d'elles-mêmes en 1 à 2 jours.

•Le traitement peut nécessiter plusieurs séances, mais le succès souhaité n'est pas toujours garantie. Le facteur déterminant est la réponse de votre structure dentaire au traitement de blanchiment.

•Après le blanchiment des dents, si vous ne respectez pas les recommandations de votre dentiste concernant l'alimentation, la consommation de tabac et l'hygiène bucco-dentaire, l'effet et la durabilité du blanchiment peuvent être réduits, et vos dents peuvent retrouver leur couleur d'origine rapidement.

•Chez les patients qui effectuent des contrôles réguliers tous les 6 mois, suivent les règles alimentaires pendant les 1 à 2 premières semaines, accordent une importance suffisante à l'hygiène bucco-dentaire et évitent une consommation excessive de thé, de café et de tabac, la durabilité du blanchiment des dents sera plus longue.

Je suis................................................................. , J'accepte le traitement à appliquer par les médecins de la Clinique de Santé bucco-dentaire Nişantaşı comme ma santé mentale. Des options de traitement qui peuvent être appliquées pour le traitement de mon trouble m'ont été présentées. Je permets l'application de tous les médicaments et interventions nécessaires pendant la réalisation de l'option de traitement que j'ai choisie pour le traitement de mon trouble. J'ai donné toutes les informations sur mon état de santé général et j'ai été informé des problèmes qui peuvent survenir en fonction de cette situation. J'accepte de me conformer pleinement aux recommandations des médecins et je sais que sinon mon traitement risque de se solder par un échec. J'autorise l'utilisation des informations obtenues lors de mon examen et de mon traitement avec d'autres institutions scientifiques à des fins de recherche visant au développement de la science ou à l'éducation (à condition qu'elles soient conformes aux droits des patients et aux principes éthiques).

**J'AI LU CE FORMULAIRE ET J'AI COMPRIS TOUS LES TERMES ET MOTS QUI S'Y TROUVENT.** Date :

(Veuillez écrire à la main que j'ai lu, compris, j'accepte)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom-Prénom du patient:

Nom-prénom du parent/tuteur du patient:

Nom-Prénom du médecin:

Signature :

Signature :

Signature :