FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE NETTOYAGE DES PIERRES DENTAIRES

Ce que vous devez savoir

En raison des différences de potentiel de guérison entre les individus, il est impossible de prévoir le potentiel de guérison d'une personne avant les procédures. Veuillez noter que le traitement que vous allez recevoir peut parfois échouer, nécessitant ainsi des répétitions, et les résultats du traitement ne peuvent être garantie. Vous devez fournir des informations détaillées sur votre santé physique et mentale à votre médecin. Vous devez également informer votre médecin de toute allergie préexistante à des médicaments, des aliments, des agents anesthésiques, du pollen ou de la poussière, ainsi que de toute maladie systémique, réaction cutanée et gingivale, tendance à des saignements anormaux et autres problèmes de santé générale.

Nettoyage des pierres à dents; C'est l'élimination des couches, également appelées tartre, formées à la jonction des dents et des gencives et à la surface des dents, par le dentiste avec des outils spéciaux.

En cas de non-élimination du tartre dentaire, des saignements des gencives, une mauvaise haleine et une sensibilité locale peuvent apparaître. Des infections et des pertes osseuses peuvent entraîner la perte des dents.

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

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

• Pour les traitements ne nécessitant pas d'anesthésie, il peut y avoir une légère douleur.

• Suite à l'anesthésie, des conditions temporaires telles que des gonflements, rougeurs, ecchymoses et engourdissements des joues peuvent rarement se produire.

• Après le nettoyage, des saignements des gencives peuvent être observés. Cette condition, qui était liée à votre gingivite avant votre traitement, disparaîtra en quelques semaines après le traitement si vous maintenez une bonne hygiène bucco-dentaire.

• Des douleurs et une sensibilité au froid et au chaud peuvent survenir après le traitement. Cette sensibilité disparaît généralement en quelques jours. Des analgésiques peuvent être utilisés pour soulager la douleur. Cependant, les analgésiques ayant un effet anticoagulant ne doivent pas être utilisés.

• Une sensation d'espace entre les dents peut se développer après le traitement.

• Étant donné que le tartre dense masque le tremblement des dents, le balancement existant des dents peut se produire à la suite du nettoyage du tartre.

• Dans les dents présentant une perte osseuse très sévère, une perte de dents peut survenir, bien que rarement, en raison de l'élimination du tartre retenant les dents dans la bouche après le détartrage.

• Si les recommandations du dentiste telles que les soins bucco-dentaires, l'utilisation de médicaments et de rince-bouche ne sont pas suivies après le détartrage, la gingivite existante peut ne pas guérir complètement et peut progresser. Les pierres et les taches sur les dents nettoyées peuvent réapparaître en très peu de temps.

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 :