PROCÉDURES DE CHIRURGIE ORALE, DENTAIRE ET DE LA MÂCHOIRE FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU PATIENT

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. 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.

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

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

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

• Gonflement et/ou rougeur au niveau du site chirurgical, une gêne dans la zone chirurgicale peut survenir

 Une sensibilité et des secousses légèrement réversibles peuvent être observées dans les dents après les interventions chirurgicales• parodontales.Ensuite, les dents deviennent stables. Dans certains cas, cette secousse peut également être irréversible.

Certains • patients ne répondent pas bien à la chirurgie parodontale. Dans ce cas, les dents peuvent être perdues, une récession gingivale peut se produire en conséquence naturelle de la procédure, et la longueur des dents peut sembler être augmentée en conséquence.

Des effets indésirables (complications) peuvent se développer en raison des matériaux•osseux, des anesthésiques ou des médicaments. Ces effets indésirables peuvent inclure, mais sans s'y limiter, une infection post-chirurgicale, des saignements, un gonflement, une douleur, une décoloration du visage ; un engourdissement temporaire ou permanent de la mâchoire, des dents, de la langue, du bout de la mâchoire, des blessures articulaires ou des contractions des muscles associés, une augmentation des oscillations temporaires ou permanentes des dents, une sensibilité aux aliments chauds, froids et acides, l'allongement de certaines dents à la suite de la cicatrisation du rétrécissement gingival et de la formation d'espaces entre les dents, des dommages aux coins de la bouche, une restriction de l'ouverture de la bouche pendant quelques jours ou semaines, une altération de la parole, des effets allergiques et une ingestion accidentelle de corps étrangers.

Après les procédures effectuées pour fermer les racines des•dents, la surface de la racine peut être à nouveau exposée. Dans certains cas, une récession gingivale plus importante peut se produire, une infection, un saignement, un gonflement et une douleur peuvent survenir après une intervention chirurgicale au site du donneur.

•La chirurgie parodontale peut ne pas maintenir la fonction et l'apparence. Si l'intervention chirurgicale échoue, une deuxième intervention chirurgicale peut être nécessaire.

Dans le succès des traitements•parodontaux, il est très important pour le patient d'assurer une bonne hygiène buccale, d'utiliser régulièrement les médicaments et les bains de bouche prescrits par son médecin, d'arrêter ou de réduire les habitudes telles que boire et fumer, et de suivre les instructions du médecin après l'opération de manière incomplète.

•Des circonstances imprévues peuvent entraîner des changements dans le plan chirurgical précédemment envisagé.

Aucune garantie ou assurance ne peut être donnée que le traitement•proposé sera couronné de succès. En fonction des différences individuelles, la certitude du succès ne peut être prédite. Même lorsque les soins bucco-dentaires sont extrêmement bons, il existe des risques tels que l'échec, le retour, un traitement supplémentaire ou l'aggravation de l'état existant, ce qui peut entraîner la perte des dents.

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)

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