RESTAURATION DENTAIRE 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 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.

Le remplissage des dents est le processus de nettoyage des tissus dentaires cariés et de remplissage de leur place avec des matériaux artificiels et d'assurer l'intégrité des dents.

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

Risques, Recommandations et Complications liés à l'intervention

• 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.

• L'utilisation de bandelettes métalliques et de coins en bois pendant la pose du remplissage peut causer une sensibilité en traumatisant les gencives.

• De petits matériaux utilisés pendant le traitement peuvent être accidentellement avalés sans le contrôle du médecin.

• Des blessures aux tissus mous peuvent survenir en raison de mouvements involontaires du patient pendant le traitement.

Si la carie progresse dans la dent •où le remplissage a commencé, un traitement de canal peut également être nécessaire.

•Des complications telles que des douleurs et une sensibilité peuvent survenir après le remplissage. En cas de douleur persistante, un traitement de canal peut être nécessaire. Il faut garder à l'esprit que les douleurs temporaires peuvent durer de 2 à 3 jours, et la sensibilité au froid peut durer jusqu'à 3 à 4 semaines.

• Dans les cas où la perte de tissu dentaire à lier est importante, le remplissage peut se détacher.

• Après le remplissage, une fracture de la dent peut survenir en raison d'une perte de substance dentaire. Pour éviter cela, votre médecin peut vous proposer de réaliser également une restauration (couronne) sur la dent concernée.

•Étant donné que la couleur des dents varie d'un patient à l'autre et que les obturations esthétiques que nous utilisons ne possèdent pas exactement les mêmes propriétés que le tissu dentaire naturel, il peut parfois être difficile d'obtenir exactement la teinte souhaitée, et une légère différence de couleur peut être observée.

• La couleur des obturations esthétiques peut changer au fil du temps après leur pose. Il se peut qu'après quelques années, il soit nécessaire de renouveler le remplissage.

• Les obturations esthétiques réalisées sur les dents antérieures et les obturations effectuées sur les dents postérieures peuvent se déloger ou se casser en raison des forces de mastication et de compression appliquées sur les dents antérieures lors des fonctions d'occlusion et de morsure.

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 :