



Dr Gary Finelle

Implantologie exclusive

Post Graduate en implantologie,
Université d'Harvard Dental School, Boston MA

Consentement Eclairé

EXTRACTIONS DENTS DE SAGESSE

Entre le Docteur **Gary Finelle**

Et Nom :

Prénom :

Docteur, comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

1. j'ai conscience que cette intervention comprend des risques inhérents aux actes chirurgicaux (Bien que rares et limités): **hématome, douleurs post-opératoires, infection, paresthésie...**
2. De mon côté, je vous ai informé sincèrement et totalement des interventions, soins, traitements et médicaments dont j'ai bénéficié et que j'ai suivis jusqu'à ce jour ainsi que des complications survenues.
3. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note, outre des risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et des différentes formes telles que : d'anatomie loco-régionale, de cicatrisation, etc.... ainsi que des risques exceptionnels voire inconnus.
4. Vous m'avez informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques ainsi que de l'éventualité de reprises chirurgicale
5. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et de vous demander de pratiquer cette intervention en chirurgie.
6. J'ai également été prévenu(e), qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise, d'ores et déjà et dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.
7. Je reconnais que le délai entre la consultation de ce jour et la date d'intervention me semble tout à fait suffisant et, que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toutes mes interrogations et à celles de mon médecin traitant.
8. Je m'engage expressément à respecter à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-opératoire
9. OBSERVATIONS PARTICULIERES :
.....
.....
10. Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

Ce document est à remplir, à signer et à apporter le jour de votre intervention

Date et signature à faire précéder de la mention « Lu et Approuvé » :

dental  paris

59 avenue de la Bourdonnais, 75007 Paris - Tel.: +33 (0)1 45 63 20 00 - WhatsApp: +33 (0)6 50 10 71 59

implant@dental7paris.com - www.garyfinelle.com



Dr Gary Finelle

Implantologie exclusive

Post Graduate en implantologie,
Université d'Harvard Dental School, Boston MA

EXTRACTIONS

Instructions Post-opératoires

Vous venez de bénéficier d'une intervention de d'extraction (dents de sagesse):

1. Suivez **les prescriptions de l'ordonnance** qui vous a été remise. Cependant, en cas d'éruption cutanée avec démangeaisons ou en cas d'apparition de brûlures d'estomac, mettez-vous en rapport avec nous afin de la modifier.

2. Les **saignements**: il est possible qu'un petit saignement persiste pendant quelques heures à une nuit suivant l'intervention. Le traitement consiste à appliquer une compresse sur la zone d'opérée et mordre sur celle-ci tant que le saignement ne s'est pas arrêté (min 30min).

3. La **douleur** est généralement faible, contrôlée aux antalgiques classiques et disparaît en quelques jours. Un traitement adapté sera prescrit à votre sortie par votre chirurgien si les douleurs sont plus fortes.

4. Un **œdème** ou un **hématome** sont très rares avec cette technique mais peuvent apparaître en regard de la zone opérée et augmenter durant les 72 premières heures et diminuer ensuite. Les poches de glace durant les heures suivant l'intervention permettront de réduire le gonflement.

5. Le **brossage dentaire pourra être repris dès le lendemain de l'intervention**, en évitant la zone opérée pendant 6 jours.

Pendant cette période le respect des bain de bouche et l'application d'un gel antiseptique (cf ordonnance) seront de rigueur.

Après ce délai, vous pouvez nettoyer délicatement cette zone avec une brosse à dents souple, dite chirurgicale que vous trouverez en pharmacie.

- **En résumé, vous devez respecter un certain nombre de précautions pendant 24 heures:**

- Ne pas faire de bains de bouche et ne pas cracher car cela favorise le saignement
- Privilégier une alimentation mixée
- Ne rien boire ou manger de chaud
- Placer une poche de glace sur la peau au niveau des zones opérées.

Veillez:

- *Formellement proscrire toute consommation de tabac (alcool avec modération)*
- *Eviter toute pression de la langue, ou des doigts sur la vis ce cicatrisation*
- *Privilégier une mastication d'aliments molle ou à distance du site opéré*
- *Utiliser une brosse à dents souple*
- *Eviter toute pression de la langue, ou des doigts sur la vis ce cicatrisation*

En cas de problème, vous pouvez contactez:
la clinique dental7paris par Tel / WhatsApp 06 50 10 71 59
ou email: gary.finelle@dental7paris.com

dental 7 paris

59 avenue de la Bourdonnais, 75007 Paris - Tel.: +33 (0)1 45 63 20 00 - WhatsApp: +33 (0)6 50 10 71 59

implant@dental7paris.com - www.garyfinelle.com