



Centre dentaire
de La Rive

CONSENTEMENT DU PATIENT - NEUROMODULATEURS (THÉRAPEUTIQUE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Veillez vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse avant de signer ce document

LE TRAITEMENT

Je reconnais avoir été informé(e) que le traitement consiste en l'injection d'un neuromodulateur (BOTOX® Cosmetic, Dysport®, XEOMIN®) dans certains muscles pour réduire temporairement leur force de contraction.

- Les effets peuvent débuter entre **2 à 4 jours** suivant l'injection, avec des résultats complets visibles dans un délai de **14 jours**, jusqu'à **30 jours** pour les masseters.
- La durée moyenne de l'effet pour le bruxisme est de **4 à 6 mois**, bien qu'elle puisse varier.
- Le traitement vise à **adoucir la contraction musculaire** sans éliminer complètement le mouvement.

Je comprends et accepte les recommandations suivantes :

- **Rester en position verticale** pendant les 4 heures suivant l'injection.
- **Contracter les muscles injectés** toutes les quelques minutes pendant une heure.
- **Éviter de masser/manipuler** la zone injectée pendant au moins 4 heures.
- **Ne pas subir une nouvelle injection** avant que les effets du traitement précédent soient complètement dissipés.

- Éviter les **anticoagulants et suppléments** (alcool, AINS, ail à forte dose, ginseng, ginkgo, etc.) **3 à 5 jours** avant le traitement.
- Éviter les **efforts physiques intenses, saunas, bains chauds, soins du visage, alcool, AINS** dans les **24 à 48 heures** suivant l'injection.
- Éviter **toute procédure dentaire** dans les **2 semaines** suivant le traitement.

Je comprends que certaines zones traitées peuvent être considérées comme des usages « **hors étiquette** » selon Santé Canada. Le professionnel peut recommander un produit pour des zones non spécifiquement approuvées.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Aucune procédure médicale n'est exempte de risques. Les effets secondaires possibles incluent, mais ne sont pas limités à :

- **Réactions fréquentes** : rougeur, inconfort, ecchymoses, gonflement au site d'injection.
- **Réactions plus rares** : maux de tête, symptômes pseudo-grippaux, infection, engourdissement passager.
- **Autres effets possibles** : asymétrie du sourire ou diffusion non ciblée du produit.

_____ (**initiales**) Je reconnais avoir compris que les résultats peuvent varier et ne sont pas garantis. J'accepte librement les risques associés à la procédure.

PHOTOGRAPHIES

J'autorise la prise de **photographies cliniques** pour documentation et suivi de mon traitement. Mon identité demeurera confidentielle.

GROSSESSE, ALLERGIES, CONDITIONS MÉDICALES

Je confirme que :

- Je **ne suis pas enceinte**, je **n'essaie pas de concevoir** et je **n'allait pas**.
- Je **n'ai aucune allergie connue** aux neuromodulateurs, anesthésiques, ou à l'albumine humaine.

- Je **ne souffre d'aucune maladie neurologique ou neuromusculaire** (ex. : sclérose musculaire).
- Je ne prends pas de **tétracycline** ni d'**antibiotique aminoglycoside**.
- J'ai divulgué toutes les **conditions médicales pertinentes** au professionnel avant le traitement.

PAIEMENT

Je comprends que ce traitement est **facultatif, non couvert par les assurances**, et que le **paiement est dû le jour du traitement**. Une première consultation avec le dentiste est requise, sans obligation de traitement immédiat.

CONSENTEMENT FINAL

____ (**initiales**) J'ai lu et compris l'ensemble du présent document.

Mes questions ont reçu des réponses claires et satisfaisantes.

J'ai été informé(e) des alternatives possibles au traitement.

Je consens à la procédure en toute connaissance de cause.

Nom du patient (en lettres moulées) :

Signature du patient :

Date : _____

Signature du professionnel traitant :

Date : _____
