



Centre dentaire de La Rive

Consentement Éclairé pour un Surfaçage Radiculaire

Le surfaçage radiculaire est une procédure parodontale visant à nettoyer en profondeur les surfaces des racines dentaires sous la gencive. Ce traitement a pour objectif d'éliminer le tartre, la plaque bactérienne et les toxines, afin de réduire l'inflammation, de favoriser la cicatrisation des tissus gingivaux et de prévenir la progression de la maladie parodontale. Cette procédure est effectuée sous anesthésie locale. L'utilisation des instruments à ultrasons et manuels sont nécessaires.

Avantages attendus :

- Réduction de l'inflammation et des saignements gingivaux.
- Préservation des structures dentaires et osseuses.
- Amélioration globale de la santé bucco-dentaire.

Risques et effets secondaires potentiels :

- Sensibilité temporaire des dents aux changements de température ou à la mastication.
- Risque de rétraction gingivale, exposant davantage les racines dentaires.
- Douleurs ou inconfort modérés pouvant nécessiter des analgésiques.
- Risque d'échec du traitement : une référence en parodontie spécialisée pourrait vous être suggérée.

Alternatives possibles :

- Maintien d'une hygiène bucco-dentaire stricte sans intervention, bien que cela risque d'aggraver la maladie.
- Extraction des dents gravement atteintes si la maladie progresse.
- Aucun traitement, en acceptant les conséquences potentielles sur la santé bucco-dentaire et générale.

Engagement du patient :

Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire et complète sur la nature, les objectifs, les bénéfices, les risques et les alternatives au surfaçage radiculaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions, et celles-ci ont reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends également que le succès du traitement repose sur mon engagement à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire et à suivre les rendez-vous de contrôle recommandés.

En signant ce document, j'autorise le professionnel de santé à réaliser le surfaçage radiculaire.

Signature du patient : _____

Date : _____

Signature du Dentiste : _____

Date : _____