Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, AUTORISATION D'OPÉRER : ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Je soussigné(e)

En ma qualité de : mère/père/tuteur [1]

Nom : …….

Nom marital : …….

Prénom : ……

Né(e) le : ……....

Adresse : ……

……

Téléphone : ……

Mail : ……..

Je soussigné(e)

En ma qualité de : père/mère/tuteur [1]

Nom : …….

Nom marital : ……...……..

Prénom : ……

Né(e) le : ……

Adresse : ……

……

Téléphone : ……

Mail :……..

Par la présente, consent à ce que notre enfant,

Nom : ……

Prénom :……..……

Né(e) le : …….……..

Bénéficie du ou des traitements suivants sous anesthésie générale :

- □ Soins restaurateurs : □ dents temporaires / □ dents permanentes
- □ Thérapeutiques pulpaires : □ dents temporaires / □ dents permanentes
- □ Avulsions : □ dents temporaires / □ dents permanentes/ □ dents surnuméraires - odontomes
- □ Exérèse des lésions osseuses
- □ Frénectomie

L'équipe d'Odontologie Pédiatrique nous a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'elle allait pratiquer.

Nous avons été informés de la possibilité :

- de complications graves
- de séquelles possibles
- des risques, en rapport avec l'intervention prévue, en lien avec des antécédents ou des pathologies dont notre enfant peut être porteur.
- des réactions individuelles imprévisibles
- d'un aléa thérapeutique.

Nous avons compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que nous avons été informés des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle voire inconnue est toujours susceptible de se produire.

Nous avons également été prévenus qu'au cours de l'intervention, le praticien peut se trouver face à une découverte ou un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement.

Nous autorisons à ce titre l'équipe d'Odontologie Pédiatrique a effectué tout acte qu'elle estimerait nécessaire et à se faire assister le cas échant d'un autre praticien.

[1] rayez la mention inutile

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent être prescrits à notre enfant comme les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent également des risques, que nous acceptons en connaissance de cause.

Nous avons été informés par l'équipe d'Odontologie Pédiatrique des bénéfices attendus pour cette intervention mais aussi du risque d'échec, de résultats incomplets ou décevants ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. Nous avons donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance même avec les techniques les plus fiables. Les explications sont fournies en terme suffisamment clairs pour nous permettre d'arrêter notre choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.
Nous avons pu poser à l'équipe d'Odontologie Pédiatrique toutes les questions concernant cette intervention.

Nous confirmons que le délai prévu entre la consultation et la date d'intervention est suffisant et que dans cet intervalle, l'équipe d'Odontologie Pédiatrique est à notre disposition pour répondre à nos questions. Nous nous engageons expressément à nous rendre aux consultations prévues et à réaliser les soins, précautions et recommandations qui seront prescrites à notre enfant en pré et postopératoire.

Nous reconnaissons avoir reçu les fiches d'information suivantes qui nous ont été expliquées :

- ☐ Soins restaurateurs des dents temporaires
- ☐ Soins restaurateurs des dents permanentes
- ☐ Thérapeutiques pulpaires des dents temporaires
- ☐ Thérapeutiques pulpaires des dents permanentes
- ☐ Avulsions des dents temporaires
- ☐ Avulsions des dents permanentes
- ☐ Frénectomie
- ☐ Avulsions des dents surnuméraires - odontomes
- ☐ Exérèse des lésions osseuses

Nous avons pris acte que ce document n'est pas une décharge de responsabilité mais un véritable contrat moral entre l'équipe d'Odontologie Pédiatrique et nous afin de vérifier que nous avons bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

Par ailleurs :
Nous autorisons le praticien à prendre des clichés photographiques nécessaires dans le cadre de notre programme de soins. Nous autorisons le service à utiliser ces clichés, dûment anonymisés, dans le cadre de l'enseignement universitaire, de congrès professionnels ou de publications.
Dans le cas contraire, je coche ici ☐

Dans le cadre de l'amélioration des soins délivrés à votre enfant, l'unité d'odontologie pédiatrique évalue régulièrement ses pratiques. Pour cela les données anonymisées issues du dossier médical de votre enfant pourront être incluses dans notre démarche de recherche. Dans tous les cas, le respect de l'anonymat de votre enfant et de sa santé est protégé.
Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de ces données, je coche ici ☐

Mention manuscrite pour chacun des parents
« lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention et j'autorise l'opération »
Date et signature mère/père/tuteur [1] :

Date et signature mère/père/tuteur [1] :

[1] rayez la mention inutile