

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU TRAITEMENT ENDODONTIQUE
(Traitement de canal)

Nom complet du patient : _____

de la dent traitée : _____

Le traitement endodontique a un taux élevé de réussite. Cependant, comme tout autre traitement dentaire, il est impossible de garantir son succès.

Afin de prolonger la durée de vie de la dent traitée, une restauration en céramique post-traitement est fortement recommandée.

Complications possibles :

- Retraitement de canal potentiel ou traitement chirurgical possible
- Cassure d'instrument dans la dent/perforation des racines;
- Carie périodique;
- Couleur des dents qui pourrait changer (devenir plus foncée que les dents adjacentes);
- Enflure et/ou douleur en post-traitement;
- Infection post-traitement;
- Fracture de la racine/fracture de la couronne
- Autre _____

Particularités/ complexités particulières :

- Antécédents médicaux
- Limitation ouverture buccale
- Inclinaison / rotation dentaire
- Courbure canalaire
- Anatomie canalaire
- Calcification canalaire
- Histoire de traumatisme
- Retraitement

Toute particularité, complication en cours de traitement ou post-traitement peut nécessiter une référence chez un spécialiste (endodontiste).

Le docteur _____ m'a expliqué les risques et les avantages d'un traitement endodontique. Des traitements alternatifs (_____) et l'option de ne pas faire le traitement m'ont été expliqués (infection, enflure, formation de kyste, douleur, la perte de dent et/ou maladie systémique). Toutes mes questions ont été considérées et ont trouvé une réponse satisfaisante.

Signature patient

Signature dentiste

Date