

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**  
**Lors d'une chirurgie parodontale**  
**(Allongement de couronne clinique)**

Par la présente, je, (nom en majuscules)  
autorise la docteure Céline Messier DMD à exécuter un allongement de couronne clinique. Dent(s) #

J'ai été informé du besoin de subir la procédure et les détails m'ont été expliqués et je les comprends entièrement.

Je comprends qu'une fois la procédure terminée, il pourrait y avoir une période d'inconfort accompagnée par des saignements et de la douleur. Le patient est responsable de bien suivre les recommandations du dentiste après la procédure.

**Je comprends que les complications additionnelles suivantes pourraient survenir :**

- Réaction aux médicaments anesthésiques
- Saignement post-opératoire
- Infection post-opératoire
- Enflure ou ecchymose de la joue/lèvre/palais après le traitement
- Sensibilité accrue à la chaleur, au froid et au sucre qui pourrait nécessiter un autre traitement
- Résultat inesthétique dû à la récession de la gencive (baisse de la gencive exposant davantage la racine) ou d'une forme inesthétique de la gencive suite à la guérison (perte des papilles interdentaires, triangles noirs entre les dents)
- Élévation de la ligne de gencive pouvant donner un résultat inesthétique et pouvant exposer la marge d'anciennes restaurations (ex : marge d'une couronne)
- Engourdissement temporaire ou permanent de la joue/langue/lèvre

De plus, je comprends que toute réaction particulière au traitement ne peut être prévue et que si j'ai des complications suivant la chirurgie, je devrai vous en aviser le plus tôt possible.

On m'a dit que le succès du traitement recommandé dépend de ma coopération, soit en respectant les rendez-vous prévus, en suivant les instructions de soins à domicile, incluant l'hygiène buccale et les instructions diététiques et en rapportant au bureau tout changement dans mon état de santé.

**Je reconnais qu'aucune garantie de résultat ne m'a été promise.**

**J'ai discuté de tout ce qui est cité ci-dessus avec la docteure Céline Messier et toutes mes questions ont été considérées et ont trouvé une réponse satisfaisante.**

Signature du patient  
(si mineur, signature du parent ou tuteur)

Signature du dentiste      Date