



Formulaire de Consentement éclairé et d'acceptation d'un traitement de dentisterie pédiatrique.

Le but d'un traitement de dentisterie pédiatrique est de traiter la maladie carieuse et parodontale, à la fois les séquelles et les causes et ainsi éviter la récurrence. Ces lésions provoquent des désordres médicaux, fonctionnels et esthétiques. Les causes sont essentiellement : l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation. Cependant, il existe certaines pathologies (dysplasies, MIH, amélogenèse imparfaite, dentinogenèse imparfaite, certaines lésions bucco-dentaires faisant partie de syndrome atteignant plusieurs tissus corporels ou fonctions etc...)

Le praticien cherche à améliorer les fonctions qui peuvent être perturbées par ces lésions, à savoir : la mastication, la phonation, l'édification correcte et sans dommage des dents permanentes, la déglutition, la respiration.

Avant d'entreprendre le traitement, le patient doit être informé que toute démarche médicale comporte des contraintes, des limites et éventuellement des complications et des risques thérapeutiques. Une parfaite collaboration de l'enfant et de ses parents avec le praticien permettra de les limiter et d'obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques possibles et d'éviter la récurrence.

Le traitement proposé à votre enfant est conforme aux données actuelles de la science, indépendamment des actes que l'assurance maladie a décidé de rembourser.

Les Contraintes :

- Maintenir une bouche propre : l'hygiène dentaire doit être rigoureuse : des conseils pratiques relatifs au bon brossage des dents seront donnés dès le début du traitement.
- Nous recevons les parents lors du RDV de bilan. Cependant, pour que la coopération et la motivation soient optimales, une relation directe doit s'instaurer entre l'enfant et le praticien. Afin que l'enfant se sente plus responsable de son traitement, les parents resteront en salle d'attente pendant les soins. Il pourra bien entendu emmener son doudou en salle de soins.

C'est pourquoi nous demandons aux parents de ne pas accompagner l'enfant en salle de soins.



- Respecter scrupuleusement les rendez-vous de maintenance : leur périodicité est établie par votre dentiste pédiatrique en fonction d'éléments spécifiques à votre enfant.
- En cas de coiffe pédiatrique préformées, mainteneur d'espace, arc lingual, veillez à l'abandon de certains aliments. Il faut proscrire les aliments très durs ainsi que les aliments collants (chewing-gum, caramels...). Un forfait de 150€ sera demandé pour tout appareil cassé ou perdu devant être refait ou réparé.
- Les sucreries (solides ou liquides) sont réservées aux moments festifs et doivent rester exceptionnelles.

Assurance et Garantie :

- Aucune assurance ou garantie ne peut être donnée en ce qui concerne les résultats du traitement. L'assurance que nous pouvons vous donner est de mettre tout en œuvre pour soigner votre enfant avec les meilleures techniques et dans les meilleures conditions possibles. Le résultat, quant à lui est dépendant de multiples facteurs, comme le respect des consignes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires, le suivi des maintenances aux fréquences indiquées par votre dentiste.

Les Règlements :

- Pour les patients assurés par la Sécurité Sociale, votre carte vitale sera passée et vous permettra d'être remboursé pour les soins opposables.
- Une facture vous sera remise lorsque la totalité du traitement initial sera terminé. Cette facture vous permettra de vous faire rembourser par votre mutuelle selon les termes de votre contrat.

Les Rendez-Vous :

- Vous ne verrez peut-être pas le Docteur Gérot à chaque rendez-vous. Toutes les informations sur le déroulement du traitement vous seront alors données par son équipe. Toutefois, sachez qu'elle est toujours disponible si vous souhaitez vous entretenir avec elle.
- Nous nous efforçons au maximum de respecter nos horaires, merci d'en faire autant. En cas d'absentéisme sans nous avoir averti au préalable, il est probable que votre prochain rdv soit reporté de plusieurs mois.

Les rendez-vous qui demandent le plus de temps et de concentration sont planifiés sur des horaires précis. Ils ne peuvent être réalisés en fin de journée. Pour le confort du jeune patient, nous réaliserons les soins en 1 à 4 séances de 60 à 120 minutes.

Adresse : 600 route du Couardet, Bâtiment 6, ZA des Vernays, 74210 DOUSSARD – **Tél :** 06 31 29 02 56 //

Tél : 04 50 26 35 10 – **E-mail :** secretariat@cabinetlesmondespolaires.fr

Site : www.dentiste-doussard-dr-gerot-les-mondes-polaires.fr



Afin que votre enfant ne soit pas fatigué pour ces longs rendez-vous de soins, toutes les séances de soins ont lieu le matin et l'après-midi jusqu'à 16h30.

Nous nous efforçons de limiter au maximum ce type de rendez-vous.

- Nous ne pouvons pas recevoir les enfants arrivant avec plus de 10 minutes de retard à leur rendez-vous. En cas de rendez-vous manqués ou de retards répétés, nous pourrions être amenés à ne plus recevoir votre enfant.

Traitement :

Si votre enfant ressent une gêne, une douleur, quelque chose d'anormal et dont vous n'auriez pas été averti, prenez contact avec notre secrétariat qui vous proposera un rendez-vous en fonction de l'urgence de la situation.

Consentement :

On m'a donné le temps de lire et j'ai lu les informations précédentes décrivant le traitement. Je déclare avoir pris connaissance des objectifs du traitement, y compris l'abstention thérapeutique et les conséquences qu'une telle décision implique sur le devenir bucco-dentaire de mon enfant. Mon enfant et moi avons été suffisamment informés au sujet du traitement et de ses modalités et j'ai eu l'opportunité de poser des questions et de discuter à ce sujet avec le dentiste pédiatrique de qui j'attends recevoir le traitement. En l'absence de coopération de l'enfant, le praticien pourra changer de technique de soins (par exemple, soins temporaire moyen terme jusqu'à obtention d'une meilleure coopération et la réalisation d'un soin plus pérenne). Le plan de traitement peut être amené à être modifié en cours de soins si la situation clinique l'impose.

Après signature de ce consentement éclairé, le praticien pourra utiliser le gaz MEOPA en salle de soins dès qu'il le jugera nécessaire.

Par ma signature ci-dessous, je consens au traitement en accord avec les conditions décrites ci-dessus. Je consens à ce que le praticien dispense à mon enfant le traitement qu'il a prescrit.

Docteur Coraline GEROT

SIGNATURE du Tuteur Légal pour :
L'Enfant
Lu et approuvé le :