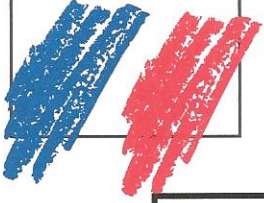


A.F.I.

ASSOCIATION FRANÇAISE
D'IMPLANTOLOGIE



CONSENTEMENT ECLAIRE INTERVENTIONS SINUSIENNES

Document élaboré par l'Association Française d'Implantologie

Je soussigné(e), M. ... ,
certifie confirmer mon désir d'une réhabilitation prothétique maxillaire fixée.

Je certifie avoir compris l'intérêt de l'intervention des zones sinusiennes, expliqué par
le Docteur

J'ai bien compris que l'insuffisance osseuse sous les sinus contre indique, en l'état, la
mise en place d'implant et impose une solution prothétique conventionnelle.

J'ai été informé(e) de la nécessité de réaliser un comblement du bas-fond sinusien
pour redonner au site osseux la capacité de recevoir des implants.
Ce comblement sera réalisé avec

Je reconnais avoir été informé(e) des suites post-opératoires à savoir : douleurs
calmées par les antalgiques, œdème jugal pendant une dizaine de jours. Dans certains
cas rares, l'œdème peut persister quelques semaines. De même, si les suites
fonctionnelles sinusiennes sont classiquement très silencieuses, une sinusite aiguë a
été décrite, dans des cas rares, imposant un drainage du sinus.

J'ai bien compris la nécessité d'éviter toute suppression intra-sinusienne imposant
d'éviter la plongée sous-marine et, en cas de baignade, de ne pas mettre la tête sous
l'eau pendant les deux mois suivant l'intervention.

Enfin, chez les fumeurs, il est recommandé, afin d'optimiser le résultat final, de ne pas
fumer pendant les 2 à 3 semaines précédant et suivant l'intervention pour limiter au
maximum l'inflammation de la muqueuse.

Je reconnais avoir été informé(e) que cette intervention n'est pas inscrite à la
nomenclature des actes généraux de la Sécurité Sociale et qu'il n'y a aucune prise en
charge possible.

Je reconnais que la nature de l'intervention ainsi que ses risques m'ont été expliqués
en termes compréhensibles et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les
questions que j'ai posées.

Fait à , le
Lu et approuvé
(signature du patient)

Dr.....