

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ INTERVENTIONS SINUSIENNES

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 surpression 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.....