

# CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT

## Traitement orthodontique par gouttières transparentes invisalign

Le présent document est remis à

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Votre praticien vous a proposé un traitement orthodontique par gouttières transparentes Invisalign  
Les gouttières Invisalign sont destinées à corriger les malpositions dentaires par l'application de forces particulièrement faibles.

Les traitements se composent d'une série de gouttières en plastique conçues sur mesure, transparentes et amovibles.

### Ce document est destiné à :

- Compléter les informations données par votre praticien en rassemblant les données indispensables
  - Répondre à des questions pratiques sur le déroulement du traitement, les risques...
  - Vous permettre de prendre votre décision
- Lire attentivement ce document, suivi d'une signature.

### Comment porter mes gouttières ?

- Les gouttières doivent être portées 22 heures par jour minimum.  
Vous pourrez les retirer pour manger, boire des boissons sucrées ou chaudes, vous brosser les dents ou utiliser du fil dentaire.
- Chaque gouttière devra être portée au minimum 1 semaine selon les consignes données par votre praticien.  
L'efficacité du traitement par gouttières est directement liée au bon suivi des recommandations d'utilisation délivrées par votre praticien.
- Adoptez une bonne hygiène bucco-dentaire : brossage 3 fois par jour après chaque repas et avant de remettre les gouttières en bouche, utilisation de brossettes inter-dentaires et bains de bouche au fluor en plus du brossage pour vous rincer la bouche.
- Informez votre praticien de tout changement significatif de votre état de santé ou de toute nouvelle médication ou intervention médicale.

### Comment se déroule le suivi de mon traitement ?

Des visites régulières chez votre praticien permettront de contrôler le bon déroulement du traitement.  
Lors de ces visites, vos nouvelles gouttières vous seront données par votre praticien.  
Il est conseillé de porter une contention en fin de traitement afin d'éviter les risques de récives naturelles.

### Quels sont les risques ?

Comme tout traitement, le port des gouttières Invisalign peut comporter des risques.  
La liste ci-dessous présente les principaux événements pouvant être observés par les patients :

- Apparition d'une irritation au niveau des gencives, des joues ou des lèvres.
- Sensibilité dentaire ou sensation de pression pouvant apparaître lors du changement de gouttière.
- Accroissement momentané de la salivation ou sécheresse buccale.
- Modification légère de l'élocution qui devrait disparaître au bout de quelques jours.
- Apparition de caries dentaires, parodontites, inflammations des gencives (en cas de non respect des bases fondamentales d'hygiène dentaire).
- Formation de marques permanentes (ex. décalcification).
- Dans de rares cas, des problèmes peuvent apparaître au niveau de l'articulation de la mâchoire, causant douleur, migraine ou problème auriculaire.

Il est important de prévenir les professionnels de santé qui vous entourent si vous pensez que les gouttières sont à l'origine d'un effet indésirable (réaction non voulue).

#### Contre-indications usuelles

- Mastication trop importante.
- Mâcher du chewing-gum et manger des bonbons.
- Arrêter ou modifier son plan traitement.
- Avoir une alimentation déséquilibrée.
- Consommer en excès des aliments et boissons sucrées.
- Ne pas fumer.

#### Communication et informatisation des données

J'autorise mon praticien à communiquer mes données médicales (radiographies, prise de clichés, conclusions, empreintes..) à tout autre dentiste ou orthodontiste dans le cadre de mon traitement.  
J'accepte le traitement informatisé de ces données personnelles.

Mon praticien m'a communiqué toutes les informations nécessaires pour comprendre le déroulement du traitement, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.  
J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.  
En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance de ce document.

**Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance et parfaitement compris les informations qui m'ont été communiquées par le Dr .....**

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé »**

**Signature du parent ou représentant légal si le patient à moins de 18 ans précédée de la mention « lu et approuvé »**