

Formulaire de consentement éclairé

Clinique Dentaire Côte St-Luc

Chirurgien dentiste _____ Nom du patient _____

CONSENTEMENT GÉNÉRAL Je consens à devenir un(e) patient(e) de la Clinique Dentaire Côte St-Luc, ainsi qu'à l'ouverture d'un dossier à ladite Clinique. Je consens à fournir à mon dentiste de l'information précise préalablement, pendant et après le traitement dentaire. Je reconnais avoir le droit d'accepter ou de refuser tout traitement recommandé. Je discuterai et prendrai soigneusement en compte les effets anticipés et risques potentiels les plus communément connus et associés au traitement proposé, à tout traitement alternatif, voire même l'option d'aucun traitement, avec l'équipe dentaire. (Initiales _____)

RADIOGRAPHIES (RAYONS-X) Je comprends que les contrôles radiographiques sont nécessaires pour compléter l'examen dentaire afin de visualiser les conditions dentaires qui ne sont pas apparentes à l'œil nu. Je comprends que des radiographies doivent être prises à des intervalles réguliers, tels que prescrites par l'équipe dentaire. (Initiales _____)

DROGUES ET MÉDICAMENTS Je comprends l'importance de fournir à l'équipe dentaire une liste courante de mes médicaments ainsi que de compléter un questionnaire médical complet, et d'informer la Clinique de tout changement à ceux-ci. Je comprends que les antibiotiques, analgésiques et autres médicaments peuvent causer des réactions allergiques résultant en de l'enflure, de la douleur, des démangeaisons, des vomissements et possiblement causer un choc anaphylactique (réaction allergique sévère). (Initiales _____)

MODIFICATIONS AU PLAN DE TRAITEMENT Je comprends qu'il peut être nécessaire de modifier ou d'ajouter des procédures en cours de traitement en raison de conditions qui n'étaient pas apparentes au moment de l'examen et qui peuvent survenir en cours de traitement, comme par exemple la nécessité d'un traitement de canal ou d'une extraction suite à une procédure dentaire restauratrice de routine. Je comprends que les soins dentaires ne sont pas une science exacte et qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée pour le traitement que j'ai demandé et auquel j'ai consenti. (Initiales _____)

COURRIELS ET COMMUNICATIONS PAR MESSAGES TEXTES Je donne la permission à la Clinique de communiquer avec moi par courriel et/ou par message texte. La Clinique utilisera les moyens raisonnables pour sécuriser et protéger la confidentialité des communications électroniques mais ne pourra être tenue responsable pour toute divulgation de renseignements personnels survenue par inadvertance. (Initiales _____)

ASSURANCES ET PAIEMENT Le cas échéant, je donne la permission à la Clinique Dentaire Côte St-Luc de facturer mon assureur pour les traitements reçus. Je soussigné(e), le(la) patient(e), me rends financièrement responsable pour toute balance de paiement non couverte par l'assureur. (Initiales _____)

Signature du Patient /Parent _____

Date _____ / _____ / _____
Année Mois Jour