

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Traitement orthodontique par aligneurs transparents

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : JJ / MM / AAAA

N° Sécurité Sociale :

Téléphone :

Mutuelle :

CABINET RÉFÉRENT

Docteur :

Adresse cabinet :

Téléphone :

N° RPPS :

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

1. NATURE ET OBJECTIFS DU TRAITEMENT

Le traitement par aligneurs transparents consiste à déplacer progressivement les dents grâce au port successif de gouttières en résine transparente, fabriquées sur mesure (scan 3D). Objectifs :

- **Corriger les malpositions dentaires** (chevauchements, espaces, rotations)
- **Améliorer l'occlusion** et la fonction masticatoire
- **Optimiser l'esthétique du sourire**
- **Faciliter l'hygiène bucco-dentaire** par un meilleur alignement

2. DÉROULEMENT

- **Bilan initial** : photos, radios, scan 3D
- **Simulation (Viewer3D)** : visualisation du résultat avant commande
- **Port des aligneurs** : min. 22h/jour, jeu changé tous les 7 à 14 jours
- **Suivi** : consultation toutes les 6 à 8 semaines
- **Contention** : indispensable en fin de traitement (2-3 ans)

3. BÉNÉFICES ATTENDUS

- **Esthétique** : gouttières transparentes, quasi-invisibles
- **Confort** : sans bagues ni fils, amovibles pour les repas
- **Hygiène** : retrait pour brossage, pas de restriction alimentaire
- **Prévisibilité** : résultat simulé et validé avant traitement
- **Suivi allégé** : consultations espacées, moins contraignantes

4. RISQUES ET COMPLICATIONS POSSIBLES

- **Résorption radiculaire mineure** (généralement sans conséquence clinique)
- **Récidive partielle** si la contention n'est pas respectée
- **Gêne temporaire** (légère douleur, léger défaut d'élocution en début de traitement)
- **Résultats insuffisants** en cas de port insuffisant des gouttières (< 22h/j)
- **Caries / gingivite** si l'hygiène bucco-dentaire n'est pas maintenue
- **Actes complémentaires éventuels** (attachements, IPR) selon le cas clinique

Ceci est exemple: sur demande je vous le fournirai en Word modifiable

5. OBLIGATIONS ET ENGAGEMENTS DU PATIENT

Pour le succès du traitement, je m'engage à :

- **Porter les aligneurs ≥ 22h/jour** (retrait uniquement pour manger et l'hygiène)
- **Respecter la chronologie des gouttières** sans sauter d'étape
- **Maintenir une hygiène irréprochable** (brossage avant remise en place des gouttières)

6. ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES

- **Orthodontie fixe** (bagues métal ou céramique) : plus visible, efficace pour cas complexes
- **Orthodontie linguale** : bagues en face interne, invisible mais tarif plus élevé
- **Abstention** : maintien de la situation actuelle avec surveillance

J'ai librement choisi le traitement par aligneurs après avoir été informé(e) des alternatives.

- **Honorer toutes les consultations de suivi** aux dates convenues
- **Signaler immédiatement** toute douleur anormale, cassure ou perte d'une gouttière
- **Porter la contention post-traitement** pour pérenniser les résultats

7. DROIT DE RETRAIT & QUESTIONS

- **Retrait avant commande** : consentement annulable sans pénalité avant validation du Viewer3d
- **Interruption en cours** : les honoraires des étapes déjà réalisées resteront dus
- **Questions** : je peux en poser à tout moment, avant et pendant le traitement

Questions posées au praticien :

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e), _____, déclare avoir reçu une information complète et compréhensible

sur ce traitement par aligneurs. J'ai pu poser toutes mes questions et obtenir des réponses satisfaisantes. En signant ce document, j'accepte librement de débiter ce traitement.

PATIENT

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Date : _____

Signature du patient

PRATICIEN — ARCADE 3D

Cachet et signature du chirurgien-dentiste

Date : _____

Cachet & signature du praticien

Document établi conformément à l'art. L. 1111-4 du Code de la santé publique (droit au consentement éclairé du patient). À conserver dans le dossier médical.

Ceci est exemple : sur demande je vous le fournirai en Word modifiable