

CENTRE DENTAIRE EMILE ROUX

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

SECTION I : À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Veillez s'il vous plaît compléter attentivement les questions qui suivent afin de nous permettre de vérifier votre compréhension des explications données par le dentiste.

Date : _____ Nom du patient : _____

Votre nom : _____ Votre lien avec l'enfant susmentionné _____

Décrivez, dans vos propres mots, la raison de votre consultation et l'objectif principal recherché par le traitement.

Décrivez, dans vos propres mots, ce que le dentiste vous a expliqué au sujet :

1) du problème diagnostiqué :

2) des différents traitements :

3) des risques et des chances de succès :

4) des conséquences d'un refus ou d'une non-intervention

Quels traitements avez-vous choisis?

Autorisez-vous le dentiste à effectuer ces traitements? Oui Non

SECTION II – À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Les explications semblent-elles avoir été comprises? Oui Non

Les points suivants ont été re-expliqués aujourd'hui et compris :

Diagnostic

Traitements proposés et nature de ceux-ci : Thérapeutique Électif Essentiel

(1) Traitement de choix : _____

(2) Traitement alternatif : _____

Traitement choisi : _____

Risques et effets possibles associés aux traitements :

Pronostic

Les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention :

Le _____ à _____ Signature _____

Le _____ à _____ Signature du dentiste _____