

Cabinet Dentaire de Dommartin

1799 Route des bois – 69380 DOMMARTIN

Téléphone : 04.78.43.50.41

Mail : cab.dent.dommartin@gmail.com



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - GREFFE GINGIVALE

1. Nature de l'intervention :

Une greffe gingivale est un acte chirurgical parodontal visant à augmenter la gencive kératinisée, stabiliser une récession, améliorer l'esthétique ou diminuer la sensibilité. Le greffon peut être prélevé au palais ou obtenu par une autre technique selon l'indication.

2. Bénéfices attendus :

- Augmentation de la gencive kératinisée. Amélioration de la stabilité et de la santé parodontale. Diminution de la sensibilité radiculaire. Amélioration esthétique dans certains cas.

3. Déroulement de l'intervention :

L'intervention se déroule sous anesthésie locale : préparation du site receveur, prélèvement éventuel du greffon, mise en place et suture. Une gêne passagère lors de l'ouverture de la bouche peut apparaître.

4. Suites opératoires :

- Douleurs modérées 24-72h, léger saignement ou suintement, gonflement 24-72h, sensibilité au froid, gêne au palais en cas de prélèvement.

5. Risques et complications :

- Infection locale, saignement, hématome,
- Ouverture de suture, exposition ou perte partielle du greffon,
- Retard de cicatrisation, défaut esthétique

Facteurs aggravants : tabac, hygiène insuffisante, non-respect des consignes.

6. Alternatives possibles :

Selon le cas, surveillance, adaptation du brossage, lambeau sans greffon, traitement orthodontique, ou absence de traitement. Aucun ne remplace totalement la greffe lorsque l'indication est posée.

7. Consignes post-opératoires

Le patient reconnaît avoir reçu les consignes écrites concernant : hygiène, alimentation, douleur, saignement, tabac, situations nécessitant un contact urgent.

Consentement du patient :

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Déclare avoir été informé(e) de la nature, des bénéfices attendus, des risques et des alternatives du traitement.

J'ai pu poser toutes mes questions et je comprends qu'aucun résultat ne peut être garanti.

Date :

Signature du patient :