

Consentement éclairé pour le traitement par orthèse d'avancée mandibulaire

Suite au consentement éclairé de Mr/Mme

Né (é) le.....

(après que toutes les informations, indications, et contre indications lui aient été exposées), après un bilan clinique et l'étude des documents complémentaires, il a été décidé de procéder à la pose d'une orthèse d'avancée mandibulaire pour le traitement d'un syndrome d'apnées du sommeil d'un ronflement.

Le traitement par orthèse d'avancée mandibulaire impose des réglages progressifs effectués par le spécialiste de la cavité buccale. Après la période de réglages et d'adaptation, quel que soit le type d'orthèse, un contrôle d'efficacité, effectué par un spécialiste de sommeil (oxymétrie, polygraphie ventilatoire ou polysomnographie) est obligatoire s'il existe un syndrome d'apnées du sommeil.

Aucune garantie de succès ne peut être assurée formellement avec le traitement par orthèse d'avancée mandibulaire. La réponse à ce traitement varie en fonction des patients.

Le patient reconnaît par la présente la nécessité d'un double suivi, à la fois en termes d'efficacité (suivi par le pneumologue ou autre spécialiste du sommeil) et en termes d'effets secondaires possibles sur les dents, leur tissus de soutien, les muscles et les articulations des mâchoires. Les consultations et soins chez le dentiste traitant et les radiographies de contrôle éventuelles (panoramique dentaire) sont indispensables. Elles sont à réaliser avant le début du traitement et au cours de la surveillance semestrielle.

En cas d'altération du système dentaire, de modification des contacts dentaires et/ou de la position de certaines dents ou d'absence d'efficacité satisfaisante sur le syndrome d'apnées du sommeil ou le ronflement, le traitement par orthèse devra être abandonné.

Réalisé en double exemplaire, à le

Médecin Prescripteur :

M/Mme.....,

Né (é) le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »