

## ENGAGEMENT AMICAL DE COOPERATION

Je soussigné(e) ....., souhaite faire tous les efforts nécessaires pour faciliter le travail du Docteur et de toute l'équipe afin d'obtenir le meilleur résultat possible et me donner le plus beau sourire dans un temps le plus court.

Pour cela je m'engage à :

<b>Porter mon appareil</b> exactement comme le Docteur et ses assistantes me l'ont appris.	<b>Brosser</b> correctement les dents et les gencives au moins 2 fois par jour, sans oublier la bossette entre chaque bague.	<b>Ne pas casser</b> mon appareil en jouant avec ou en mettant à la bouche ce qui m'est déconseillé	<b>Récupérer la</b> bague si elle se décolle et prévenir le secrétariat avant mon prochain rendez-vous.	<b>Arriver au</b> rendez-vous 5 minutes à l'avance.	<b>Prévenir à</b> l'avance si je dois manquer un rendez-vous et en fixer un nouveau.
---	--	---	--	--	---

Fait à Lambersart

Le

Signature

## Autorisation parentale ou du tuteur légal

Je soussigné (e).....

Père

Mère

Tuteur légal

Demeurant au.....

.....

.....

Autorise le cabinet d'orthodontie les sourires de Lambersart à :

✓ Pratiquer des soins orthodontiques sur mon enfant

Oui

Non

✓ Laisser mon enfant quitter sans accompagnant le cabinet après les soins :

Oui

Non

✓ Effectuer les examens radiologiques nécessaires :

Oui

Non

✓ Effectuer les photographies nécessaires au dossier médical

Oui

Non

Le  
Signature

## CONSENTEMENT ECLAIRE

**Consentement éclairé préalable au traitement d'orthodontie de : «PatientPrenom» «PatientNom».**

L'examen approfondi nécessaire à l'établissement du diagnostic que nous avons effectué, confirme les altérations de la position des dents et/ou des mâchoires. Ces anomalies vous ont été exposées au cours du rendez-vous de diagnostic de votre enfant ou de vous.

Avant de débiter le traitement orthodontique, il convient de souligner plusieurs éléments qui doivent être portés à votre connaissance. Nous vous recommandons une lecture attentive du fait que toute démarche médicale, orthodontique et odontologique implique des contraintes, des limites, des complications éventuelles et des risques thérapeutiques, voire des contre-indications. Vous devez en être informé avant de donner votre accord par votre signature.

**La durée de traitement :** La durée de traitement indiquée sur le devis donne une estimation à titre indicatif et ne constitue pas un engagement. En effet, cette durée de traitement est influencée par :

- La réponse individuelle à la thérapie (dureté de l'os, croissance, forme des racines...)
- Le suivi des rendez-vous (les rendez-vous oubliés prolongent la durée prévue)
- La coopération du patient (respect scrupuleux des consignes données par le praticien)

Il est donc impossible de déterminer aujourd'hui une durée rigoureusement exacte.

Le pronostic et la qualité du résultat dépendent directement des facteurs précédemment cités.

**La coopération, les contraintes :** Certaines règles fondamentales doivent être respectées pour que le traitement se déroule normalement :

- Avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse. Dans le cas contraire des altérations des gencives (saignement, déhiscence) et des tâches sur les dents (caries) peuvent apparaître et entraîner l'arrêt du traitement.
- Maintenir une bouche saine (le patient est tenu de consulter son chirurgien-dentiste tous les 6 mois)
- Préserver l'intégralité de l'appareil (interdiction de manger des aliments et bonbons durs et collants)
- Respecter les rendez-vous
- Suivre les consignes de rééducation en cas d'habitudes nocives (suction du pouce, pulsion linguale...)
- Régularité dans le port des appareils auxiliaires et des élastiques
- Admettre quelques jours d'inconfort après chaque réglage.

**Les complications éventuelles :** Les malocclusions qui ont motivées le traitement peuvent avoir induits des dysfonctionnements des articulations mandibulaires sans signes cliniques et des claquements peuvent apparaître en cours de traitement.

Exceptionnellement et de façon imprévisible les racines des dents peuvent subir un raccourcissement (résorption radiculaire), des contrôles radiographiques sont donc effectués régulièrement.

Il est indispensable d'avertir le praticien en cas d'apparition de symptômes ou de problèmes.

**Le praticien pourra stopper le traitement dans les cas suivants :**

- Hygiène dentaire insuffisante
- Appareils auxiliaire ou élastiques non portés
- Non-respect des consignes données
- Interruption des visites sans préavis pendant une période excédent 3 mois
- Apparition de complication précédemment citées.

**La contention :** Elle suit le traitement actif et permet la stabilisation des résultats obtenus.

Le port des appareils et les visites de contrôle doivent être respectés par le patient. En cas de défaillance dans le respect des consignes et en cas de récurrence la responsabilité du patient sera retenue.

À tout moment, avant, pendant ou après le traitement, nous sommes disposés répondre à toutes vos questions.

*Je soussigné(e)*

*Reconnais que la nature de l'examen et le détail du plan de traitement et les modalités financières m'ont été expliqués en des termes que j'ai compris. Après avoir disposé d'un délai de réflexion suffisant, je donne mon accord pour entreprendre le traitement proposé.*

Signatures des parents ou du responsable légal,  
(Mention « lu et approuvé »)

Signature du praticien