

CENTRE DENTAIRE

JARDINS DORVAL

Consentement de Traitement

Nom du Patient _____

Date _____ Durée prévue du traitement _____

1. Je, soussigné autorise le **Dr. Sirhan** à procéder aux traitement suivants _____

J'autorise de plus le dentiste à prendre les mesures jugées nécessaires par lui si, au cours du traitement, des soins ou une procédure différents de ceux envisagés actuellement s'avèrent indiqués et qu'il n'y a aucune possibilité raisonnable de nouvelles explications ou de nouvelle autorisation

2. La nature et le but des soins, les options possible, les risques qu'ils comportent et les complications possible m'ont été expliquées en détail par **Dr. Sirhan**

3. Je déclare qu'aucunes garantie ni aucune promesse ne m'a été faite quant aux résultats du traitement (*J'ai également été informé de la risque de la paresthésie l'engourdissement de la lèvre ou la langue associée à cette intervention*)

4. Je consens à l'administration des anesthésie local ou de tous autres anesthésie jugés nécessaires ou souhaitable pas les dentistes à qui je donne mon consentement et sous les soins desquels je me place.

5. Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui Non

Je, soussigné, certifie que j'ai lu et que je comprends parfaitement le consentement ci-dessus et que les explications dont il est fait état m'ont en fait été données et que le présent formulaire a été rempli avant le traitement.

Signature du Patient _____

ou

Signature du Parent ou Tuteur _____

Relationship of person Signing to Patient _____

N.B. : Lorsque le patient ne peut légalement donner son consentement (mineur) le consentement du parent ou tuteur est nécessaire

Témoin: A ma connaissance, le patient/parent/tuteur semble capable de comprendre le traitement proposés

Signature du témoin _____