

# INFORMATIONS SPÉCIFIQUES ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Méthode de blanchiment des dents

Patient(e) \_\_\_\_\_ Denturologiste \_\_\_\_\_

Initiales Spécificités du traitement

- \_\_\_\_\_ - J'ai été informé(e) et j'ai compris le but et la nature des procédures du blanchiment des dents.
- \_\_\_\_\_ - J'ai été informé(e) des effets secondaires et/ou des inconvénients possibles lors de l'utilisation d'une méthode de blanchiment sur mes dents naturelles, soit l'hypersensibilité, l'irritation des gencives et de la gorge.
- \_\_\_\_\_ - Je suis conscient(e) que la méthode de blanchiment ne blanchira pas les traitements dentaires existants tels que les composites (obturations blanches) et la porcelaine (couronnes).
- \_\_\_\_\_ - Mon denturologiste m'a expliqué qu'il n'y a pas d'études qui démontrent fidèlement le degré d'efficacité de cette méthode de blanchiment ainsi que la période nécessaire pour parvenir au résultat final désiré.
- \_\_\_\_\_ - J'ai été informé(e) que je devrai répéter périodiquement le blanchiment dans le but de préserver le niveau de blanchiment souhaité.
- \_\_\_\_\_ - En toute bonne foi, j'ai fourni au denturologiste un rapport médical précis incluant les allergies ou toutes réactions inhabituelles aux médicaments. Je me suis assuré(e) de l'état satisfaisant de mes dents auprès de mon dentiste et m'assurerai d'un suivi auprès de celui-ci après le blanchiment.

Je demande et autorise les procédures pour la méthode de blanchiment de mes dents.

### Signatures:

Patient(e) \_\_\_\_\_ Denturologiste \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



Association  
des Denturologistes  
du Québec

DALE  
PARIZEAU  
LM

Cabinet de services financiers

Financière   
Sun Life