

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Document élaboré par la Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil-SFMDs selon préconisation de la Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français M.A.C.S.F. Le SOU MEDICAL

NOM

Date de naissance

Adresse

PRENOM

Profession

N° de téléphone

"Je soussigné(e),.....

ou

"Je soussigné(e), agissant en tant que responsable légal de

Certifie avoir été informé clairement :

- Des conséquences possibles :
 - d'une abstention thérapeutique,
 - des traitements alternatifs classiques (Ventilation en Pression Positive Continue (VPPC), chirurgie d'avancée bi-maxillaire) à la pose d'une orthèse d'avancée mandibulaire,
 - des inconvénients, des bénéfices et des risques de chaque alternative thérapeutique.
- De la possibilité, après bilan clinique et étude des examens complémentaires, d'envisager un traitement par orthèse d'avancée mandibulaire sur mesure et titrable pour la prise en charge de mon syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).
- Des impératifs permettant la bonne marche du traitement :
 - Le traitement par orthèse d'avancée mandibulaire impose des réglages progressifs effectués par un chirurgien-dentiste et parallèlement un contrôle d'efficacité effectué par un médecin spécialiste du sommeil (polysomnographie ou polygraphie).
 - Contrairement au traitement par ventilation en pression positive continue, aucune garantie de succès ne peut être assurée formellement par l'orthèse d'avancée mandibulaire : l'efficacité de l'orthèse sur un trouble ventilatoire peut être totale ou partielle et n'est pas prévisible actuellement.
 - Au quotidien, l'efficacité dépend du port régulier (chaque nuit) et suffisant (nombre d'heures par nuit) de l'orthèse.
 - Si un traitement dentaire s'avérait nécessaire préalablement à la réalisation de mon orthèse, je devrai consulter mon chirurgien-dentiste traitant.
- De l'importance d'un double suivi : par un médecin spécialiste du sommeil qui contrôle l'efficacité du traitement et par un chirurgien-dentiste qui recherche les effets secondaires possibles sur les dents, les gencives, les muscles et les articulations des mâchoires.

- De la nécessité :
 - d'un contrôle dentaire réalisé 6 mois après le réglage de l'orthèse, puis tous les ans.
 - du suivi habituel chez mon dentiste traitant.

- De la prescription de radiographies de contrôle (panoramique dentaire, téléradiographie du crâne de profil) réalisées avant traitement puis pouvant être renouvelées si nécessaire.

- Des désagréments liés au port de l'orthèse : L'orthèse est le plus souvent bien supportée. Toutefois, comme toute thérapeutique, elle peut donner lieu à certains désagréments.
 - Ils peuvent être immédiats (sécheresse de la bouche ou à l'inverse hypersalivation, sensibilité dentinaire, inconfort ou douleurs dans les muscles et les articulations des mâchoires (articulations temporo-mandibulaires) ou encore bruits dans ces articulations.... Ils sont plus ou moins durables mais le plus souvent ils sont transitoires.
 - À plus long terme, des déplacements dentaires et des modifications de l'occlusion dentaire (*la façon dont les dents entrent en contact*) peuvent apparaître. Il peut alors être envisagé de discuter de nouveau avec l'équipe médicale du mode de prise en charge du trouble ventilatoire du sommeil.
 - Dans le cas de bruxisme, des fractures de l'orthèse peuvent se produire, y compris de façon répétée.

En outre,

- J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à ma prise en charge thérapeutique et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature du traitement et de l'objectif à atteindre.

Ainsi donc,

- Je fais la démarche du traitement par orthèse d'avancée mandibulaire de façon volontaire et réfléchie sachant que le risque médical existe.
- J'ai été informé (e) que le traitement par orthèse est inscrit à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de la Sécurité Sociale en raison de la gravité de mon Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil et qu'en conséquence, une prise en charge est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible notamment sur les risques les plus fréquents et les plus graves, et accepte en conséquence le plan de traitement annexé.

Fait à,le

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour accord »)