

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN IMPLANT

_____ J'ai été informé(e) et comprends la nature de la procédure chirurgicale implantaire. Je comprends ce qu'il est nécessaire d'accomplir pour placer l'implant dans l'os, sous la gencive.

_____ Mon dentiste a soigneusement examiné ma bouche. Les alternatives à ce traitement m'ont été exposées. J'ai déjà essayé ou ai considéré ces alternatives, mais je désire des implants.

_____ J'ai été informé (e) des risques possibles et des complications encourues avec la chirurgie, les médicaments et l'anesthésie locale. Ces complications incluent : Douleur, œdème, infection, décoloration temporaire des tissus. L'engourdissement de la lèvre, de la langue, du cou, du menton ou des dents, peut survenir pour une période de temps qui ne peut être déterminé et qui peut être irréversible. Il y a aussi possibilité d'inflammation veineuse, détérioration d'une dent, fracture osseuse, pénétration du sinus maxillaire, retard de guérison, réaction allergique aux médicaments, etc...

_____ Je comprends que si je décide de n'entreprendre aucun traitement, les complications suivantes peuvent se développer : maladie osseuse, perte des bases osseuses, maladie parodontale, inflammation des tissus, infection, sensibilité et mobilité dentaires pouvant nécessiter l' sont aussi possible, des problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, maux de tête, douleur dans le dos, la nuque, névralgie faciale et fatigue musculaire lors de la mastication, perte de l'efficacité masticatoire, etc...

_____ Le dentiste m'a expliqué qu'il n'y a pas de méthode fiable pour prédire avec précision pour chaque patient la guérison des gencives et de l'os ares e placement de l'implant.

_____ Le dentiste m'a expliqué que parfois l'implant peut être un échec et doit être enlevé. J'ai été informé(e) et comprends que l'art dentaire ne permet pas de garantir les résultats du traitement ni de la chirurgie.

_____ Je comprends que le tabac, l'alcool ou le sucre peuvent affecter la guérison des tissus gingivaux et peuvent limiter le succès de l'implant. J'accepte de suivre scrupuleusement les instructions de mon dentiste. Je m'engage également à venir aux rendez-vous de rappel tel que recommandés.

_____ J'accepte la sédation suggérée par mon dentiste et j'accepte également de ne pas utiliser de véhicule moteur ou tout appareil pouvant être dangereux, pour une période minimale de 24 heures ou jusqu'à ceSignature que les effets du sédatif et des médicaments aient disparu totalement.

_____ A ma connaissance, j'ai donné un rapport médical exact de mon état e santé physique et mentale. J'y ai également mentionné toute possibilité d'allergie ou réaction inhabituelle aux médicaments, aliments, piqûres d'insectes, anesthésie, pollen, poussière, sang ainsi que toute réaction anormale des gencives, de la peau, tout saignement anormale ou toute condition relative a ma santé.

_____ J'autorise la prise de photographies, de film, ou radiographie de la procédure a condition que mon identité ne soit pas divulguée.

_____ Je demande et autorise les prestations dentaires, implants, chirurgie dentaire et implantaire inclus. Je comprends parfaitement que pendant et après le chirurgie ou le traitement, certaines conditions peuvent apparaitre, nécessitant de nouvelles procédures. Ces traitements additionnels ou alternatifs peuvent être critique pour le succès du traitement. J'approuve également toute modification dans le plan de traitement si cela est dans mon intérêt.

Signature du dentiste

Signature du patient

Signature du témoin

Date