

FORMULE DE CONSENTEMENT

1. 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.

2. 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.

3. 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, oedème, infection, décoloration temporaire des tissus. L'engourdissement de la lèvre, de la langue, du cou, du menton, des joues ou des dents, peut survenir pour une période de temps qui ne peut être déterminée et qui peut être irréversible. Il y a aussi possibilité d'inflammation veineuse, détérioration d'une dent, fracture osseuse, perforation du sinus maxillaire, retard dans la guérison, réaction allergique aux médicaments, etc. La prise de biphosphonates (per-os) tels que Actonel, Fosamax sont aussi des risques d'ostéonécrose post-chirurgicale.

4. 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 au niveau du nerf alvéolaire, sensibilité et mobilité dentaires pouvant nécessiter l'extraction. Sont aussi possibles, des problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, maux de tête, douleurs dans le dos, la nuque, névralgies faciales et fatigue musculaire lors de la mastication, perte de l'efficacité masticatoire, etc...

5. 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 après le placement de l'implant.

6. 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.

7. 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, tels que recommandés.

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

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

10. J'autorise la prise de photographies, ou films, radiographies de la procédure prévue à condition que mon identité ne soit pas divulguée.

11. Je comprends parfaitement, que pendant et après la chirurgie ou le traitement, certaines conditions peuvent apparaître, nécessitant de nouvelles procédures. Ces traitements additionnels ou alternatifs peuvent être critiques 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/ de la Patiente

Signature du Témoin

Date