

CONSENTEMENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRES

But du consentement : Les dentistes généralistes ou spécialistes ont la responsabilité professionnelle et légale de donner à chaque patient l'information qui lui permettra de comprendre la nature de son problème, le traitement recommandé, ses coûts et ses avantages, les risques et complications possibles (traitement électif) ou probables, le pronostic, les alternatives, le suivi et les soins requis après les traitements. Après avoir reçu et compris les informations générales suivantes et l'ensemble des considérations spécifiques de votre propre traitement, vous devez signer ce document qui autorise votre dentiste à procéder.

Diagnostic. Après avoir examiné ma bouche et étudié ma condition dentaire, mon dentiste généraliste ou spécialiste m'informe que ma dent ou mes dents manquantes peuvent être remplacées avec des dents artificielles supportées par un/des implants.

Traitement recommandé. Pour traiter ma condition, mon dentiste généraliste ou spécialiste a recommandé l'utilisation d'implants dentaires. Je comprends que la procédure pour les implants implique le placement des implants dans l'os de la mâchoire. Cette procédure commence avec une phase chirurgicale et est suivie par une phase prothétique et une phase de maintien.

Phase chirurgicale du traitement. Je comprends qu'un sédatif sera possiblement utilisé et qu'un anesthésique local me sera donné. Mes gencives seront ouvertes pour exposer l'os de la mâchoire. Des trous seront faits dans ma mâchoire et les implants y seront placés. Les implants devront être bien adaptés et devront rester en place durant la phase de guérison. La procédure peut parfois impliquer des greffes d'os ou d'autres types de greffes pour augmenter les crêtes de ma mâchoire et aider la mise en place et la stabilité de mon implant. Les gencives seront fermées au dessus des implants à l'aide de sutures. Un pansement chirurgical pourra dans certains cas être placé. La guérison devra avoir lieu sur une période de quatre à neuf mois. Je comprends que les dentiers ne peuvent être portés pour une période de deux à trois semaines après la pose de l'implant. Je comprends aussi que, si la situation clinique n'est pas favorable à l'utilisation ou empêche la mise en place d'implants aux endroits planifiés, mon dentiste choisira la meilleure alternative possible préalablement expliquée. Après la période de guérison d'une durée de quatre à neuf mois, une seconde chirurgie sera nécessaire (lors d'un protocole chirurgical en deux étapes). Les tissus ouvrant les implants seront ouverts, et la stabilité des implants sera vérifiée. Si la guérison autour de l'implant est satisfaisante, une attache sera connectée à l'implant. Les procédures pour fabriquer la prothèse pourront alors commencer six huit semaines plus tard.

Phase prothétique du traitement. L'étape chirurgicale terminée, je serai vu par mon dentiste généraliste ou spécialiste. La phase prothétique est aussi importante que la phase chirurgicale pour le succès à long terme de la reconstruction. Durant cette phase, une prothèse sera attachée aux implants. Cette procédure sera faite par une personne qui maîtrise le protocole spécifique du système d'implant utilisé.

Bénéfices du traitement. Le but des implants dentaires est de me permettre d'avoir des dents artificielles plus fonctionnelles. Les implants donnent un support, un ancrage et une rétention pour ces dents.

Initiales du patient Date

Principaux risques et complications. Je comprends que certains patients ne guérissent pas de façon favorable et, dans une telle situation, l'implant peut être perdu. Il est possible que des dents artificielles ne puissent être placées sur les implants. Comme la condition de chaque patient est unique, le succès à long terme peut ne pas avoir lieu. De plus, le succès de la chirurgie peut être affecté par ma condition médicale, des problèmes nutritionnels, le tabagisme (fumer du tabac), la consommation d'alcool, l'habitude de grincer ou serrer les dents, une hygiène buccale inadéquate et les médicaments que je prends. Je comprends que je doive bien informer mon dentiste généraliste ou spécialiste afin que celui-ci établisse le meilleur pronostic. Même si elles sont peu fréquentes, je comprends que des complications peuvent résulter de la chirurgie, des médicaments et des anesthésiques. Ces complications incluent, mais ne sont pas limitées à : infection post-chirurgicale, saignement, enflure, ecchymoses (bleus), paresthésie (engourdissement) temporaire et parfois permanente des lèvres, de la langue, des dents, du menton ou des gencives, douleur à l'articulation de la mâchoire ou spasme musculaire associé, sensibilité des dents naturelles au chaud, froid, aux aliments sucrés ou acides, rétrécissement des gencives à la suite de la guérison résultant en un allongement de certaines dents et des espaces plus grands entre certaines dents, restriction de la capacité d'ouvrir la bouche pour plusieurs jours ou semaines, et impact sur la diction (parler). La durée exacte de toute complication ne peut être déterminée. Je comprends que le dessin et la structure de la prothèse peut être un facteur important dans le succès ou l'échec de l'implant. Je comprends aussi que des altérations faites sur cette prothèse ou sur l'implant peuvent amener la perte de la prothèse ou de l'implant. J'ai été avisé que la connexion entre l'implant et l'os peut faillir et qu'il devienne nécessaire d'enlever l'implant. Cela peut se produire lors de la phase préliminaire, durant l'intégration initiale de l'implant à l'os ou n'importe quand par la suite.

Alternatives au traitement. Les alternatives au traitement pour le remplacement des dents absentes incluent de nouvelles prothèses amovibles ou fixes ainsi que d'autres procédures selon la condition de ma bouche.

Suivi nécessaire et soins personnels. Je comprends qu'il est important que je continue de voir mon dentiste généraliste ou spécialiste régulièrement. Les implants, les dents naturelles et les prothèses doivent être nettoyés quotidiennement afin de les maintenir dans une condition propre et hygiénique. Les implants et les prothèses doivent aussi être réexaminés périodiquement et peuvent nécessiter des ajustements ou des réparations. Ces réparations seront exécutées selon les instructions de mon dentiste. Je comprends qu'il est important que je suive les prescriptions et les instructions de mon dentiste généraliste ou spécialiste.

Pas de garantie. Je reconnais par les présentes qu'aucune garantie ou assurance ne m'a été donnée que le traitement suggéré sera un succès. À cause des variations individuelles entre chaque personne, un dentiste généraliste ou spécialiste ne peut prédire le succès d'un traitement. Malgré les meilleurs soins, il existe la possibilité d'échec et de traitement additionnel.

Initiales du patient Date

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES PRÉALABLES AU CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRES

J'ai été pleinement informé de la nature de mon problème, du plan de traitement qui m'est proposé, de sa durée, des limitations particulières ou des risques associés à ma condition, du pronostic, de la nature de la chirurgie et de la ou des prothèse(s) à venir, des alternatives de traitement disponibles incluant le non-traitement, des bénéfices, de la nécessité de suivi et de soins personnels. J'ai eu l'opportunité de demander toutes les questions que je pouvais avoir en relation au traitement et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes de mon dentiste généraliste ou spécialiste. Je comprends que les facteurs de risque qui sont associés à mon cas particulier sont les suivants et qu'ils s'additionnent aux facteurs généraux qui m'ont été préalablement expliqués:

Aussi, je comprends que le pronostic associé à mon cas est:

limité raisonnable bon excellent

Je comprends que l'ensemble des travaux sera dirigé par le docteur

Je comprends que la phase chirurgicale sera effectuée par le docteur

Je comprends que la phase prosthodontique sera effectuée par le docteur

Je comprends que le suivi sera assuré par le docteur

Après réflexion, je consens par la présente au plan de traitement pour implants qui m'est proposé ainsi qu'aux coûts qui y sont rattachés tels que présentés :

Initiales du patient

Date

DESCRIPTION DES COÛTS ET MODES DE PAIEMENT

Pour les coûts des traitements se reporter au plan de traitement remis au patient.

Note : Le coût définitif de la phase prosthodontique ne pourra être établi qu'après l'évaluation de la phase chirurgicale.

Phase de maintien: Coût par visite _____

J'ai informé le dentiste généraliste ou spécialiste de toutes allergies, maladies, symptômes, habitudes, conditions médicales ou de toutes réactions antérieures à des médicaments. Je comprends que ma diligence à effectuer les soins d'hygiène personnelle tels que recommandés par mon dentiste généraliste ou spécialiste ainsi que la prise des médicaments prescrits sont importants pour le succès du traitement.

JE CERTIFIE QUE J'AI LU ET COMPRIS LES PAGES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES PRÉALABLES AU CONSENTEMENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRE, QUE J'AI ÉTÉ PLEINEMENT INFORMÉ DE LA NATURE DE MON PROBLÈME, DU TRAITEMENT QU'ON ME PROPOSE, DES COÛTS QUI Y SONT RATTACHÉS ET DES RISQUES QUI Y SONT ASSOCIÉS VU MA CONDITION PARTICULIÈRE.

Date Nom du patient, parent ou tuteur (en majuscules)

Date Nom du témoin

Signature du patient

Signature du dentiste

Initiales du patient Date