

CONSENTEMENT POUR LA POSE DE MINI-IMPLANTS

Je, _____, ai été informé et je comprends que un ou plusieurs mini-implants sont disponibles pour certains patients. Que ces mini-implants ont un diamètre de 1.8 à 2.3mm et sont fabriqués en titanium, ils sont placés dans la mâchoire pour la fixation immédiate et à long terme d'une prothèse dentaire amovible. En tant que patient(e) du Dr _____ je désire procéder à cette intervention pour la rétention de ma ou mes prothèse(s) amovible(s). J'ai demandé que l'on installe un ou plusieurs mini-implants dans ma mâchoire supérieure et/ou inférieure.

J'ai également été informé que le but de cette intervention est de stabiliser ma ou mes prothèses dentaires. Je comprends que si un ou plusieurs mini-implants échouent ils devront être enlevés au cours d'une intervention subséquente. Je comprends également que un ou plusieurs mini-implants peuvent fracturer durant l'insertion ou durant leur vie. Dans cette éventualité (fracture) je consens à ce que mon dentiste laisse le ou les implants en place ou les enlève selon son jugement clinique.

Je comprends qu'une fois les mini-implants posés je me dois de suivre un protocole d'hygiène dentaire quotidien (brossage biquotidien) et également un suivi professionnel bisannuel (examen, contrôle et nettoyage). Je comprends que si ce protocole n'est pas suivi les mini-implants risquent d'échouer. Je comprends aussi que suite à la pose, une infection, des dommages aux racines ou aux nerfs peuvent provoquer la perte des mini-implants ou des dommages temporaires ou permanents aux dents ou aux nerfs telle que la paresthésie : sensation altérée d'un partie de la langue et/ou lèvres et/ou menton.

Je reconnais qu'aucune garantie de succès ne ma été donnée, que l'usage du tabac ou l'abus d'alcool peuvent provoquer la perte des mini-implants.

On m'a informé que l'infection, la douleur, le saignement, l'enflure sont des complications possibles des mini-implants. Je comprends que je peux subir un engourdissement permanent de la lèvre, langue, menton ou gencive suite à la pose de un ou plusieurs mini-implants. Je suis au courant que les sinus peuvent être perforés suite à la pose de mini-implants dans la mâchoire supérieure ce qui peut nécessiter d'autres interventions.

Je certifie avoir été pleinement informé, que l'on a répondu à mon entière satisfaction à toutes mes questions, que j'ai lu attentivement le présent document et que je le comprends pleinement, qu'on m'a informé des alternatives de leurs avantages et désavantages. Je consens à ce que le dentiste soussigné procède à la pose de un ou plusieurs mini-implants dans mes mâchoires. J'ai été informé du tarif pour les implants, pour les prothèses subséquentes et pour l'entretien. Je consens également à la prise de photographie de mes prothèses et de mes mâchoires.

SIGNATURE DU PATIENT : _____

SIGNATURE DU DENTISTE : _____

DATE : _____ SIGNATURE DU TÉMOIN : _____