

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.

INFORMATIONS GÉNÉRALES PRÉALABLES AU CONSENTEMENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRE

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 couvrant 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 à 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.

Initiales
du patient

--	--

Date

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES PRÉALABLES AU CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRE

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

Initiales

--	--

 Date

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 :

DESCRIPTION DES COÛTS ET MODES DE PAIEMENT

Phase chirurgicale :

Coût par implant : _____
Nombre d'implants : _____
TOTAL : _____
Payable comme suit : _____

Phase prothodontique:

Coût approximatif de la prothèse: _____
Frais de laboratoire approximatifs: _____
TOTAL: _____
Payable comme suit: _____

Note : Le coût définitif de la phase prothodontique 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 3 PAGES D'INFORMATIONS GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES PRÉALABLES AU CONSENTEMENT POUR LES IMPLANTS DENTAIRES, 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