

Partie 1 - Coordonnées du patient et du dentiste

Nom du patient : _____

Nom du dentiste : _____

Afin de pouvoir prendre une décision éclairée avant de procéder à l'intervention, je dois avoir certains renseignements sur l'intervention proposée, les risques associés, les alternatives et les conséquences de ne pas me soumettre à l'intervention. Le dentiste m'a fourni cette information à ma satisfaction. Ce qui suit est un résumé de cette information. Le but de ce formulaire est de me fournir l'information dont j'ai besoin pour prendre une bonne décision ; il n'a pas pour but de m'alarmer.

Partie 2 - Détails du consentement

Situation

Mon dentiste m'a expliqué la nature de ma situation : il n'y a pas assez d'os pour placer fermement un implant dentaire.

Intervention - Greffes à blocs

Mon dentiste a proposé l'intervention suivante pour traiter ou diagnostiquer ma situation : greffes à blocs. Ceci veut dire : implanter un bloc osseux d'une banque de tissus sur ma mâchoire et procéder à la mise en place de l'implant lors d'une intervention ultérieure différente.

On m'a informé et je comprends que de temps en temps cette intervention présente des complications, comprenant, sans s'y limiter :

1. Douleur, tuméfaction et décoloration postopératoires du visage, du cou et de la bouche.
2. Engourdissement et fourmillement dans la lèvre supérieure, le menton, les gencives, les dents et le palais, lesquels peuvent être passagers, mais également permanents.
3. Infection osseuse qu'il faudrait peut-être traiter ultérieurement, y compris par l'hospitalisation et la chirurgie.
4. Mauvaise liaison, liaison retardée ou manque de liaison du matériel de remplacement de l'os pour obtenir un os normal, ou manque d'une croissance suffisante de l'os dans le matériel.
5. Saignement qui peut exiger des transfusions sanguines ou d'autres moyens extraordinaires pour le contrôler.
6. Fonctionnement limité de la mâchoire.
7. Rigidité des muscles du visage et de la mâchoire.
8. Une blessure aux dents.
9. Douleur s'étendant aux oreilles, au cou et à la tête.
10. Complications postopératoires affectant les sinus, la cavité nasale, le sens de l'odeur, les régions sous-orbitales, et entraînant des altérations des sensations de la joue supérieure et des yeux.
11. Réactions postopératoires défavorables aux médicaments, telles que des nausées, des vomissements et des allergies.
12. Perte possible des dents et de segments osseux.
13. Ecchymose et/ou décoloration possibles du visage, généralement provisoires.

Alternatives

Mon dentiste m'a expliqué les alternatives médicalement acceptables suivantes : greffe osseuse d'une banque de tissus ou aucun traitement.

En outre, je peux chercher un traitement spécialisé ailleurs ou ne pas avoir de traitement.

Conséquences de ne pas effectuer l'intervention

Si je ne me soumet pas à l'intervention, ma situation peut ne pas changer ou même s'améliorer. Cependant, l'avis du dentiste est que l'intervention proposée est la meilleure option pour moi. Si je ne me soumet pas à l'intervention, ce qui suit pourrait également se produire : il me serait impossible de recevoir un implant dentaire.

Autres interventions

Pendant l'intervention le dentiste peut découvrir d'autres situations qui exigent une prolongation de l'intervention prévue, ou une intervention complètement différente. Je demande au dentiste d'effectuer les interventions qu'il trouve qu'il est mieux d'effectuer en ce moment au lieu de plus tard.

Risques

Le dentiste fournira ses meilleurs soins professionnels afin d'obtenir les résultats désirés. Les risques et les dangers importants et

fréquents de l'intervention proposée sont : le manque de suffisamment d'insertion de la greffe dans la mâchoire, exigeant d'autres mesures prothétiques. Ces risques et dangers sont généralement provisoires. Exceptionnellement, ces effets peuvent persister. Les risques exceptionnels incluent également : de la rigidité des muscles du visage et de la mâchoire ; une blessure aux dents ; de la douleur aux oreilles, du mal au cou et du mal de tête provenant du site chirurgical ; des complications affectant les sinus, la cavité nasale, le sens de l'odeur, les régions sous-orbitales et entraînant des altérations des sensations de la joue supérieure et des yeux.

Drogues, médicaments et anesthésie

Les antibiotiques, les analgésiques et d'autres médicaments peuvent provoquer des réactions indésirables, telles que rougeur et enflure des tissus, douleur, démangeaison, somnolence, nausée, vomissements, vertige, manque de coordination, fausse couche, arrêt cardiaque, qui peut être augmenté par l'effet de l'alcool ou d'autres drogues, un caillot de sang dans les jambes, le cœur, les poumons ou le cerveau, hypotension, crise cardiaque, accident cérébrovasculaire, paralysie ou lésions cérébrales. Parfois, après injection d'un anesthésique local, je pourrais avoir une perte de sensation prolongée et/ou une irritation dans la région de l'injection. Si de l'oxyde nitreux, de l'Atarax, du chloral hydraté, du Xanax, ou tout autre sédatif est utilisé, les risques possibles incluent, sans s'y limiter, évanouissement, état de choc grave et arrêt respiratoire ou cardiaque. Je m'occuperai de me faire conduire à la maison du cabinet du dentiste après la sédation, et d'avoir quelqu'un qui s'occupera de moi attentivement pendant 10 heures après mon rendez-vous dentaire pour surveiller les effets secondaires, tels que la difficulté à respirer ou l'évanouissement.

Base de données d'implants

Si un dispositif est introduit dans mon corps, le dentiste peut fournir mon nom, mon information dentaire, mon numéro de sécurité sociale et d'autres renseignements personnels au fabricant du dispositif aux fins du contrôle de la qualité.

Aucune garantie

L'exercice de l'art dentaire et la chirurgie ne sont pas de sciences exactes. Bien que des bons résultats soient prévus, le dentiste ne m'a donné aucune garantie que le traitement proposé sera réussi, sera à mon entière satisfaction ou durera une période spécifique. En raison des différences uniques chez les patients, il y a toujours un risque d'échec, de rechute, de besoin de plus de traitement ou de détérioration de ma situation actuelle en dépit d'un traitement particulier. Occasionnellement, il pourrait y avoir besoin d'extraire les dents traitées.

Partie 3 - Ma responsabilité

J'accepte de coopérer entièrement et de suivre les recommandations du dentiste lorsque je serais à sa charge. Si je ne m'acquitte pas de mes responsabilités, mes résultats pourraient être affectés.

Pour réussir il me faut prendre soin de mon hygiène orale à long terme, enlever mécaniquement la plaque dentaire (me brosser les dents et utiliser le fil dentaire quotidiennement), accomplir la thérapie dentaire recommandée, aller à des rendez-vous périodontiques périodiques (soins dans une clinique dentaire) et aller à des rendez-vous de suivi réguliers et de ma santé générale.

Il peut y avoir plusieurs visites de suivi dans la clinique pendant la première année après la chirurgie. Il est de ma responsabilité d'aller chez le dentiste au moins une fois par an pour une évaluation de la performance de l'implant et l'hygiène orale.

J'ai fourni mes antécédents médicaux et personnels de façon aussi précise et complète que possible, y compris une liste des antibiotiques, drogues, médicaments et aliments auxquels je suis allergique. Je suivrai toutes les instructions telles qu'elles m'ont été expliquées et indiquées, et j'autoriserai toutes les interventions diagnostiques nécessaires. J'ai eu l'occasion de parler avec mon dentiste de mes antécédents médicaux et familiaux, y compris tous les problèmes et/ou blessures graves.

Soins de suivi et autosoins nécessaires. Il faut brosser les dents naturelles tous les jours et conserver les appareils propres et de manière hygiénique. Je dois suivre les instructions postopératoires qui m'ont été données après la chirurgie afin d'assurer que la guérison s'effectue bien. Je dois venir à des rendez-vous après l'intervention de sorte que ma guérison puisse être surveillée et que mon dentiste puisse évaluer et rapporter les résultats de la chirurgie après la guérison.

Je ne boirai pas d'alcool et ne prendrai pas de médicaments sans prescription pendant la période de traitement. Si la sédation ou l'anesthésie générale est utilisée, je ne conduirai pas de véhicule automoteur et ne ferai pas fonctionner de dispositif dangereux pendant au moins 24 heures ou plus avant de m'être complètement rétabli des effets de l'anesthésie ou des drogues.

J'informerai le bureau du dentiste si je change d'adresse de façon à ce qu'on puisse se mettre en contact avec moi pour des rappels.

Partie 4 - Divers

Photographie

J'autorise des gens autres que les dentistes impliqués dans mes soins et mon traitement à observer cette opération (telle que des représentants et des dentistes de l'entreprise qui étudient l'intervention) et je donne mon consentement pour prendre des photos, filmer, enregistrer et prendre des rayons X de mes structures orale et faciale et de l'intervention, et pour les publier à des fins éducatifs et scientifiques, à condition que mon identité ne soit pas révélée. J'abandonne tous mes droits de compensation de la publication de ces rapports.

Divers

Si des dents sont enlevées pendant le traitement, elles pourraient être conservées à des fins de formation et ensuite mises au rebut sensiblement.

Tarifs

Je connais les honoraires à payer. Je suis satisfait des honoraires et je sais qu'ils n'incluent pas des rayons X, des injections ou des anesthésiques postopératoires additionnels qui pourraient être nécessaires plus tard pour corriger toute complication éventuelle. À titre gracieux, le personnel du bureau m'aidera à préparer et à présenter la déclaration de sinistre au cas où je serai assuré. Cependant, l'accord de la compagnie d'assurance de payer les frais médicaux est un contrat entre la compagnie d'assurance et moi et ne soulève pas ma responsabilité de payer les services fournis. Il est possible que certains et peut-être tous les services fournis ne soient pas couverts ou considérés comme raisonnables et habituels par ma compagnie d'assurance. Je suis responsable de payer le montant du paiement partagé et des déductibles lorsque les services sont fournis, ainsi que tous les coûts que ma compagnie d'assurance n'a pas payé dans un délai de 45 jours. Autrement, tous les paiements sont exigibles au moment où les services sont fournis. Tous les comptes qui ne sont pas payés entièrement dans un délai de 90 jours accumuleront des intérêts à un taux de 18% par an. Je serai responsable de tous les frais de recouvrement, y compris les frais de justice et les honoraires des avocats.

Partie 5 - Signature

Accord

Je lis et écris en anglais. J'ai lu et compris ce formulaire. Tous les espaces vides ou toutes les déclarations exigeant l'insertion ou le complètement ont été complétés et les paragraphes non applicables, le cas échéant, ont été rayés avant de le signer.

On m'a encouragé à poser des questions, et je suis satisfait des réponses. J'ai lu tout le formulaire. Je donne mon consentement éclairé pour la chirurgie et l'anesthésie.

Quelqu'un au bureau du dentiste m'a expliqué ce formulaire, ma situation, l'intervention, comment l'intervention pourraient m'aider, les choses qui peuvent mal tourner et mes autres options, y compris ne pas me soumettre à l'intervention. Je veux me soumettre à l'intervention.

J'autorise le Dr. _____ ou son représentant (désigné dans le reste de ce formulaire sous le nom de dentiste) à effectuer l'intervention énumérée dans l'en-tête ci-dessus.

Je sais que je suis libre d'abandonner le traitement à n'importe quel moment.



Signature du patient ou de son représentant

Date

Si vous n'êtes pas le patient, quelle est votre relation avec le patient ?

J'ai expliqué au patient ou à son représentant la situation, l'intervention, les avantages, les alternatives et les risques décrits dans ce formulaire.



Signature du dentiste

Date