

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : EXTRACTION DE DENTS

## 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 ces renseignements à ma satisfaction. Ce qui suit est un résumé de ces renseignements. 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 : troubles dentaires.

### **Intervention - Extraction de ces dents :** \_\_\_\_\_

Mon dentiste a proposé l'intervention suivante pour traiter ou diagnostiquer mon état : extraction des dents suivantes :

\_\_\_\_\_ Ceci veut dire : enlèvement des dents ; une procédure irréversible.

L'extraction comporte l'enlèvement complet d'une dent. Quelques extractions exigent de couper les gencives et d'enlever l'os et/ou de couper la dent en morceaux avant de l'enlever. L'avantage prévu de ce traitement est de soulager mes symptômes actuels et/ou de permettre le traitement encore prévu. Le pronostic pour cette intervention est \_\_\_\_\_.

On m'a informé des traitements alternatifs possibles suivants, ainsi que de leurs coûts, risques et avantages :

\_Aucun traitement\_ Traitement radiculaire \_Remplissage \_Couronne \_Traitement des gencives\_Autre\_\_\_\_\_.

### **Alternatives**

Mon dentiste m'a expliqué les alternatives médicalement acceptables suivantes :

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.

### **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 : ostéite alvéolaire - douleur dans la mâchoire commençant quelques jours après la chirurgie et exigeant habituellement des soins supplémentaires (plus commune après des extractions dans la mâchoire inférieure, particulièrement des dents de sagesse, et chez des fumeurs) ; rétrécissement des gencives (exposant probablement les bords des couronnes) ; changement. Ces risques et dangers sont généralement provisoires. Exceptionnellement, ces effets peuvent persister. Les risques exceptionnels incluent également : des crêtes pointues ou des esquilles d'os peuvent se former plus tard sur le bord de l'alvéole, exigeant la chirurgie pour les lisser ou les enlever. Enlèvement incomplet de fragments dentaires – pour éviter d'endommager des structures essentielles telles que des nerfs ou des sinus, parfois des petits apex peuvent être laissés en place. Participation du sinus : les racines des dents postérieures supérieures sont souvent près du sinus et parfois un morceau de la racine peut pousser vers lui, ou une ouverture peut se produire dans la bouche, laquelle pourrait exiger des soins supplémentaires. Les complications du traitement peuvent inclure des infections, la perte de remplissages, des blessures à d'autres dents ou tissus mous, la fracture de la mâchoire, l'exposition du sinus, ou l'ingestion ou l'aspiration de débris.

Je comprends que des petits fragments de racines peuvent se détacher de la dent extraite, et que ces fragments peuvent rester dans la mâchoire, ou qu'une chirurgie additionnelle pourrait être nécessaire pour les enlever. Je comprends que pendant la chirurgie il pourrait être impossible d'éviter de toucher, de déplacer, d'étirer ou de blesser les nerfs de ma mâchoire qui contrôlent les sensations et le fonctionnement de mes lèvres, ma langue, mon menton, mes dents et ma bouche. Ceci peut avoir comme conséquence des perturbations

des nerfs, telles que l'engourdissement provisoire ou permanent, des démangeaisons, des brûlures ou du fourmillement de la lèvre, de la langue, du menton, des dents et/ou des tissus buccodentaires. Je comprends qu'on m'appliquera une injection d'anesthésique local et que dans des cas exceptionnels les patients ont eu une réaction allergique à l'anesthésique, une réaction indésirable à l'anesthésique ou des blessures provisoires ou permanentes aux nerfs et/ou aux vaisseaux sanguins à cause de l'injection. Je comprends que je peux avoir de sensations désagréables dans la région de l'injection après le traitement, et que ma mâchoire peut devenir rigide et me faire mal dû au fait de tenir la bouche ouverte pendant le traitement.

### ***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'acquiesce 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 je permettrai 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 automobile 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.*

