

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 : il me manque une ou plusieurs dents.

Intervention – Implant dentaire

Mon dentiste a proposé l'intervention suivante pour traiter ou diagnostiquer ma situation : implant dentaire. Ceci veut dire : insertion d'un implant par voie chirurgicale dans l'os de la mâchoire.

Bien que nous croyons que les patients ont le droit d'être informés au sujet de tout traitement, la loi exige la vaste divulgation des risques associés à la chirurgie et l'anesthésie, beaucoup d'entre eux étant extrêmement peu plausibles, mais pouvant être alarmants pour le patient. N'hésitez pas à parler avec le dentiste de la fréquence de n'importe quel risque ou complication divulgué ici et pouvant s'appliquer à vous sur la base de notre expérience clinique et celle d'autres chirurgiens dentistes et implantologistes.

1. Après un examen oral soigneux et une étude de mon état dentaire, le dentiste m'a informé que la dent ou les dents qui manquent peuvent être remplacées par des dents artificielles soutenues par un implant. Par ceci j'autorise et donne droit au dentiste et à ses collègues et aides autorisés à traiter mon état.
2. Je comprends que l'intervention que je choisis pour traiter cette situation est la mise en place d'implants intraosseux. Des traitements additionnels peuvent inclure une greffe osseuse comprenant des matériaux d'origine humaine, animale ou végétale. Je comprends que le but de cette intervention est de me permettre d'avoir des dents artificielles plus fonctionnelles grâce à leur soutien, ancrage et rétention par des implants.
3. Je comprends que c'est néanmoins une intervention facultative, que de telles interventions sont effectuées pour améliorer le fonctionnement et qu'une autre option, bien que moins souhaitable, est de ne pas me soumettre à l'opération chirurgicale et ne rien faire. On m'a également informé que d'autres traitements alternatifs faits à des patients en mon état incluent, sans s'y limiter, un pont, une prothèse partielle, une prothèse complète ou d'autres options. Je comprends et choisis de subir la mise en place des implants intraosseux.
4. Je comprends que ma gencive sera incisée par voie chirurgicale afin d'exposer l'os et que des implants seront mis en place immédiatement en les pressant ou en les enfilant dans des trous qui ont été forés dans l'os de la mâchoire. Je comprends que la gencive sera alors fermée avec des points de suture sur ou autour de l'implant pour permettre la guérison pendant une période de 3 à 6 mois. Je comprends qu'en règle générale des prothèses ne peuvent pas être utilisées pendant les premières semaines de la phase de guérison. Je comprends que les implants mis en place seront intégrés dans un délai de 3 à 9 mois, selon ma propre capacité de guérison.
5. Je comprends également que pendant l'intervention des situations imprévues peuvent surgir qui rendront nécessaire une prolongation ou un changement de l'intervention prévue contenue ici. Par conséquent, j'autorise et demande au dentiste et à ses collègues ou aides sous sa direction d'effectuer l'intervention, au besoin, et d'administrer des drogues et des traitements selon les besoins, en se fiant à leur jugement professionnel.
6. J'ai eu l'occasion de parler avec le dentiste de l'intervention chirurgicale prévue, de la mise en place de l'implant, et de mes responsabilités postopératoires. Je comprends qu'après l'intervention et pendant le processus de guérison je ne dois pas fumer, abuser de l'alcool, utiliser des médicaments non prescrits par mon dentiste, me moucher le nez pendant au moins deux semaines et ensuite je ne dois pas me moucher le nez fortement pendant deux semaines en plus. Je dois prendre tous les antibiotiques prescrits et des analgésiques, au besoin. Si j'éprouve des douleurs peu communes, je dois me mettre en contact immédiatement avec le dentiste ou avec ses collègues, car ceci peut signifier un problème.
7. Je comprends que l'anesthésie donnée pendant la chirurgie et certains médicaments de prescription utilisés après la chirurgie causent de la somnolence et nuisent à la performance physique, qu'un tel effet est augmenté par l'alcool, et que je ne dois conduire aucun véhicule automoteur ou utiliser aucun autre équipement dangereux lorsque je prends ces médicaments. De plus, j'accepte de ne pas conduire de véhicule automoteur ou d'utiliser n'importe quel autre équipement dangereux pendant au moins 48 heures après ma sortie de la chirurgie.
8. Je comprends qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant à ce que le traitement proposé sera curatif et/ou réussi à mon entière satisfaction. Je comprends également qu'en raison des différences uniques chez les patients et des imperfections de l'art et science de la chirurgie, il existe un risque d'échec ou d'un besoin de traitement additionnel en dépit des soins appropriés fournis. On m'a informé que

la mise en place des implants intraosseux a des taux de réussite à long terme. Cependant, je comprends qu'une telle déclaration n'implique pas que je peux attendre un tel résultat favorable à long terme, et il n'y aura aucun remboursement des honoraires du chirurgien ou du dentiste restaurateur en cas de complications exigeant la chirurgie additionnelle pour récupérer l'implant ou d'échec exigeant l'enlèvement d'une partie ou de tout l'implant. Je comprends en plus que si l'enlèvement de l'implant est nécessaire, le dentiste l'enlèvera sans frais supplémentaires. Cependant, si je décide de faire enlever l'implant par un autre dentiste, je suis le seul responsable de tous les coûts et honoraires encourus de ce fait et dégage par ceci le dentiste de tels coûts et honoraires imposés par l'autre dentiste.

Alternatives

Mon dentiste m'a expliqué les alternatives médicalement acceptables suivantes : un pont, une prothèse partielle, une prothèse complète ou d'autres options.

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 soumetts 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 soumetts pas à l'intervention, ce qui suit pourrait également se produire : perte supplémentaire des tissus de soutien ou de l'os. Un espace entre les dents.

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 : difficulté à ouvrir la bouche ; rétrécissement des gencives ; crépitations ou douleur des articulations temporo-mandibulaires (articulations de la mâchoire) ; sensibilité dentaire au chaud ou au froid pendant des jours ou des mois ; dents mobiles, nourriture se logeant entre les dents exigeant l'utilisation du fil dentaire pour l'enlever ; et exposition inesthétique des bords des couronnes des dents dans l'endroit de la chirurgie. Ces risques et dangers sont généralement provisoires.

Exceptionnellement, ces effets peuvent persister. Les risques exceptionnels incluent également : interférence avec le niveau sonore des conversations ; lésion nerveuse permanente exigeant probablement la chirurgie de greffe nerveuse.

Il n'y aura aucun remboursement des honoraires du chirurgien ou du dentiste restaurateur en cas de complications exigeant la chirurgie additionnelle pour récupérer l'implant ou d'échec exigeant l'enlèvement d'une partie ou de tout l'implant. Si l'enlèvement de l'implant est nécessaire, le dentiste l'enlèvera sans frais supplémentaires. Si je fais enlever l'implant par quelqu'un d'autre, je suis responsable de tous les coûts et honoraires et ne demanderai pas au dentiste de payer.

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.

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 tarifs 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 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