

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : GREFFE D'AUGMENTATION DU SINUS MAXILLAIRE

## 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 n'y a pas assez d'os pour placer un implant dentaire fermement.

### **Intervention – Greffe d'augmentation du sinus maxillaire**

Mon dentiste a proposé l'intervention suivante pour traiter ou diagnostiquer ma situation : greffe d'augmentation du sinus maxillaire. Ceci veut dire : greffe d'augmentation du sinus maxillaire : implanter un matériau de remplacement de l'os, de l'os déminéralisé lyophilisé et/ou de l'hydroxyapatite dans le plancher du sinus. Le dentiste incisera la gencive, exposera l'os, fera une petite ouverture dans l'os, insérera la greffe dans le sinus maxillaire et fermera la gencive avec des points de suture. La guérison prend normalement de 3 à 6 mois, et des prothèses ne peuvent pas être utilisées pendant les premières semaines. Je ne dois pas fumer, abuser de l'alcool, utiliser des médicaments non prescrits par mon dentiste, me moucher le nez pendant au moins 2 semaines et ensuite je ne dois pas me moucher le nez fortement pendant 2 semaines en plus.

1. À la suite d'un examen oral détaillé et d'une révision de mon état dentaire, le dentiste m'a informé qu'il faut mettre en place de l'os dans la zone de mon sinus maxillaire pour la mise en place à l'avenir d'un implant dans la région maxillaire postérieure.

Lorsque l'os sera développé il pourra soutenir des implants dentaires. Par ceci j'autorise le dentiste et ses collègues autorisés à traiter mon état.

2. Je comprends que l'intervention que je choisis pour traiter cette situation est une greffe osseuse dans la région du sinus maxillaire. Cette greffe osseuse pourrait inclure des matériaux d'origine humaine, animale, végétale ou synthétique. Je comprends que le but de cette intervention est d'augmenter le volume d'os dans mon sinus maxillaire afin de fournir assez de soutien pour la mise en place d'implants dentaires à l'avenir.

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 à la mise en place d'implants dentaires incluent, sans s'y limiter, un pont, une prothèse partielle, une prothèse complète ou d'autres options. Je comprends et choisis de subir l'augmentation du sinus maxillaire pour la mise en place d'implants intraosseux dans la région du sinus maxillaire à l'avenir.

4. Je comprends que ma gencive sera incisée par voie chirurgicale pour exposer l'os. Je comprends qu'une petite ouverture sera forcée dans l'os pour pouvoir placer la greffe dans le sinus maxillaire. Je comprends que la gencive sera alors fermée avec des points de suture 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 qu'il y a des risques potentiels et inhérents dans tout traitement ou toute intervention, que de telles complications peuvent exiger le traitement additionnel, et que dans cette intervention spécifique les risques de la chirurgie et de l'anesthésie incluent, sans s'y limiter :

A. Perforation possible de la membrane du sinus.

B. Infection exigeant le traitement additionnel ou l'enlèvement possible de la greffe.

C. Sinusite, bien que dans beaucoup de cas cette technique améliore réellement la sinusite, le cas échéant.

D. Enflure et douleur postopératoires.

E. Sensibilité et rigidité dans les muscles masticatoires ou le secteur du cou, et difficulté à ouvrir la bouche et à parler.

F. Saignement prolongé ou abondant, formation d'un hématome (ou caillot de sang) sur le site opératoire et des ecchymoses.

G. Complications attribuables aux sédatifs et anesthésiques en général :

. réactions allergiques

. nausée et vomissements

. inflammation, infection ou ecchymose au site d'injection

. mal de tête et vertige

. réactions constituant un danger de mort, y compris une irrégularité du rythme cardiaque, une crise cardiaque, des lésions cérébrales ou

la mort

H. Engourdissement provisoire, bien que parfois permanent, des lèvres, de la langue, des dents, du menton ou de la gencive.

I. Mobilité provisoire, bien que parfois permanente, des dents, ou sensibilité dentaire aux aliments chauds, froids, doux ou aigres.

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 son jugement professionnel.

6. J'ai eu l'occasion de parler avec le dentiste de l'intervention chirurgicale prévue, l'élévation du sinus, 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. Je dois suivre toutes les instructions postopératoires qu'on me donne verbalement et/ou par écrit. Si j'éprouve des douleurs peu communes, je dois me mettre en contact avec le dentiste ou avec ses collègues immédiatement, 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, et qu'un tel effet est augmenté par l'alcool, et que je ne dois conduire aucun véhicule automoteur ou utiliser aucun autre équipement dangereux pendant que je prends ces médicaments. De plus, j'accepte de ne pas conduire de véhicule automoteur ou 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.

9. Je comprends qu'après le développement de l'os dans la cavité du sinus, c'est à dire après une période de 4 à 6 mois après la mise en place de la greffe, les implants dentaires doivent être placés dans le secteur, et plus tard des dents artificielles seront placées dans ces implants. Ceci fournira la fonction appropriée et du stimulus au nouvel os de façon à éviter le processus de résorption prévu quand il n'a aucune stimulation des forces de mastication.

10. Je comprends qu'on m'a informé des honoraires que je dois payer, que j'en suis satisfait, et 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. Je comprends qu'à titre gracieux, le personnel du bureau m'aidera à préparer et présenter la déclaration de sinistre au cas où je serai assuré. Cependant, je comprends en plus que 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. Je comprends qu'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 comprends que 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 comprends que je serai entièrement responsable de tous les frais de recouvrement, y compris les frais de justice et les honoraires des avocats.

### **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 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 : rigidité des muscles du visage et de la mâchoire ; complications impliquant les sinus, la cavité nasale, le sens de l'odeur, les régions infra-orbitales et des altérations des sensations de la joue supérieure et des yeux une blessure aux dents ; perforation de la membrane du sinus ; infection exigeant le traitement additionnel ou l'enlèvement possible de la greffe ; sinusite, bien que cette technique améliore souvent la sinusite, le cas échéant.

### **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