



123 Rue York, #200, Fredericton NB, E3B 3N6
T 506 458-8864 F 506 450-0313

Formulaire de consentement pour la pose d'implants dentaires

Partie 1 – Renseignements généraux

Date : _____

Nom du patient : _____

Nom du chirurgien: _____

Afin que je puisse prendre une décision éclairée avant d'accepter un traitement, certaines informations doivent m'être fournies au sujet de ladite intervention, de ses risques, des solutions de traitement alternatives et des conséquences du non-traitement. Mon spécialiste m'a fourni toutes ces informations. Un résumé des informations se trouve ci-dessous. Je comprends que ce formulaire a pour but de me fournir les informations dont j'ai besoin pour prendre une décision éclairée et qu'il ne vise pas à m'alarmer.

Partie 2 – Détails du consentement

Traitement recommandé

Pose d'implant(s) dentaire(s) dans la région suivante :

Solutions alternatives à la pose d'implant(s) dentaire(s)

- Aucun traitement
- Prothèse amovible classique
- Couronne et pont

Complications possibles

On m'a informé et je comprends que des complications peuvent survenir. Celles-ci incluent, mais ne sont pas limitées à ce qui suit :

- Douleur ou enflure;
- Saignement ou ecchymoses (bleus);
- Infection;
- Engourdissement et picotement temporaires (et parfois permanents) des lèvres, du menton, des gencives, des dents, des joues et de la langue
- Restriction temporaire des mouvements de la mâchoire;

- Réactions défavorables aux médicaments après l'opération (p. ex., diarrhée, nausée, vomissement et allergies);
- Échec (non-intégration) de l'implant dentaire

Interventions supplémentaires

Durant ma chirurgie, mon chirurgien pourrait devoir procéder à des interventions supplémentaires ou même à une intervention tout à fait différente. Je veux que mon chirurgien réalise les interventions qu'il juge indiquées lors de cette séance plutôt qu'à un autre moment.

Anesthésie

- Anesthésie locale seulement
- Anesthésie locale avec administration de sédatif par voie intraveineuse

Les risques de l'anesthésie avec sédatif comprennent les malaises, les nausées, les vomissements, les étourdissements et les réactions allergiques. Il pourrait aussi y avoir, dans de très rares cas, de l'inflammation au site d'injection, ce qui pourrait prolonger l'inconfort post-opératoire et exiger des soins particuliers.

Garantie

Je reconnais qu'aucune garantie ou assurance ne peut m'être donnée quant aux résultats obtenus. En cas d'échec de l'implant (non-intégration) durant la première année, mon médecin remplacera l'implant en question sans aucuns frais. À noter que cette garantie ne s'applique pas aux fumeurs.

Partie 3 – Ma responsabilité

J'accepte de collaborer avec mon spécialiste et de suivre ses recommandations pendant que je suis sous ses soins, à défaut de quoi les résultats pourraient en souffrir. L'usage de tabac augmente le risque de complications postopératoires. Mon chirurgien m'a donc recommandé d'arrêter de fumer deux jours avant l'intervention chirurgicale et jusqu'à deux semaines par la suite. J'ai fourni des renseignements aussi exacts et complets que possible au sujet de mes antécédents médicaux et personnels, incluant les antibiotiques, les médicaments et les aliments auxquels je suis allergique. Je suivrai toutes les instructions telles qu'elles me sont expliquées et j'autoriserai tous les examens diagnostiques requis. J'ai eu l'occasion de discuter de mes antécédents médicaux et de ma santé avec mon spécialiste.

Suivi nécessaire et soins personnels

Les dents naturelles et les appareils dentaires doivent être nettoyés quotidiennement. Une hygiène buccale optimale est primordiale. Je dois suivre les instructions postopératoires qu'on m'a remises après l'intervention chirurgicale afin que la guérison soit optimale. Je devrai me présenter à mes rendez-vous postopératoires afin que mon chirurgien puisse suivre l'évolution de la guérison, puisse évaluer les résultats de l'opération une fois la guérison complétée et puisse ensuite communiquer ces résultats à mon dentiste.

Partie 4 – Divers

Coûts

Je suis conscient des honoraires qui me seront facturés. Si j'ai des assurances dentaires, le personnel administratif de la clinique m'aidera à remplir les demandes de règlement pour me rendre service. Cependant, l'entente selon laquelle la compagnie d'assurance accepte de payer mes frais médicaux est une entente conclue entre la compagnie d'assurances et moi-même; elle ne me dispense pas de l'obligation de payer les honoraires pour les services rendus. Certains des services rendus, sinon tous, pourraient ne pas être couverts ou ne pas être considérés raisonnables et habituels par ma compagnie d'assurance. Je suis tenu de payer les honoraires du traitement au moment où le service est rendu.

Partie 5 – Signature

Compréhension

J'ai lu et je comprends le présent formulaire. On m'a encouragé à poser des questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai lu le formulaire au complet. Je donne mon consentement éclairé à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésie.

Un membre du personnel de la clinique m'a expliqué ce formulaire. On m'a expliqué la nature de mon problème, l'intervention proposée, les avantages de cette intervention, les complications possibles et mes autres options, y compris le non-traitement. Je désire que cette intervention chirurgicale soit réalisée.

J'autorise mon chirurgien à pratiquer l'intervention décrite dans le présent formulaire. Je sais que je peux mettre fin au traitement à n'importe quel moment.

Signature du patient : _____ Date : _____

OU

Tuteur du patient : _____ Date : _____

Si vous n'êtes pas le patient, quel est votre lien de parenté avec lui? _____

J'ai expliqué la nature du problème, l'intervention, les avantages, les solutions de rechange et les risques décrits dans le présent formulaire au patient ou à son représentant.

Chirurgien: _____ Date : _____