



FORMULE DE CONSENTEMENT

1. J'ai été informé (e) et comprends la nature de la procédure chirurgicale implantaire. Je comprends ce qu'il est nécessaire d'accomplir pour placer l'implant dans l'os sous la gencive.
2. Dr Rhéaume a soigneusement examiné ma bouche, les alternatives à ce traitement m'ont été exposées. J'ai déjà essayé ou considéré ces alternatives, mais je désire des implants.
3. J'ai été informé (e) des risques possibles est des complications encourues avec la chirurgie, les médicaments et l'anesthésie locale. Ces complications incluent : douleur, œdème (enflure), infection, décoloration temporaire des tissus. L'engourdissement de la lèvre inférieure, de la langue, du cou, du menton, des joues ou des dents, peut survenir pour une période de temps qui ne peut être déterminé et qui peut être irréversible. Il y a aussi possibilité d'inflammation veineuse, détérioration d'une dent, fracture osseuse, perforation du sinus maxillaire, retard de la guérison, réaction allergique aux médicaments, etc.. La prise de biphosphonates (per-os) tels que Actonel, Fosomax est aussi des risques d'ostéonécrose postchirurgicale.
4. Je comprends que si je décide de n'entreprendre aucun traitement, les complications suivantes peuvent se développer: maladie osseuse, perte de base osseuse, maladie parodontale, inflammation des tissus, infection, sensibilité au nerf alvéolaire, sensibilité et mobilité dentaires pouvant nécessiter extraction. Sont aussi possible, des problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, maux de tête, douleur dans le dos, la nuque, névralgie faciale et fatigue musculaire lors des mastications, perte de l'efficacité masticatoire.
5. Dr Rhéaume m'a expliqué qu'il n'y a pas de méthode fiable pour prédire avec précision pour chaque patient la guérison des gencives et de l'os après le placement de l'implant.
6. Dr Rhéaume m'a expliqué que parfois l'implant peut être un échec et doit être enlevé. J'ai été informé (é) et je comprends que l'art dentaire ne permet pas de garantir les résultats du traitement ni de la chirurgie.
7. Je comprends que le tabac, l'alcool ou le sucre peuvent affecter la guérison des tissus gingivaux et peuvent limiter le succès de l'implant. **J'accepte de suivre scrupuleusement les instructions du Dr Rhéaume.** Je m'engage également à venir au rendez-vous de rappel, tel que recommandé.
8. J'accepte la sédation suggérée par mon dentiste et j'accepte également de ne pas utiliser de véhicules moteurs ou tout autre appareil pouvant être dangereux pour une période minimale d'au moins 24 h.
9. À ma connaissance j'ai donné un rapport médical exact de mon état de santé physique et mentale. J'y ai également mentionné toute possibilité d'allergie réaction inhabituelle aux médicaments, aliments, piqure d'insectes, anesthésie, pollen, poussière, sang, latex ainsi que toute réaction anormale des gencives et de la peau, tout saignement anormal ou toute condition relative à ma santé.



10. J'autorise la prise de photographies, ou films, radiographies de la procédure prévue à condition que mon identité ne soit pas divulguée.
11. Je comprends parfaitement que pendant et après la chirurgie ou le traitement, certaines conditions peuvent apparaître, nécessitant de nouvelles procédures. Ces traitements additionnels ou alternatifs peuvent être critiques pour le succès du traitement. J'approuve également toutes les modifications dans le plan de traitement si cela est dans mon intérêt.

Dr Rhéaume

Signature du patient/de la patiente

Témoin

Date