



585 Mapleton Rd, #301, Moncton NB, E1G 2K5  
T 506 859-7200 F 506 854-4828

## **Formulaire de consentement pour la greffe osseuse**

### **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**

Mon chirurgien m'a expliqué la nature de mon problème : volume osseux insuffisant pour y placer solidement un ou des implants dentaires.

**Intervention proposée – Greffe osseuse dans la région n° \_\_\_\_\_**

Mon chirurgien a proposé l'intervention suivante pour traiter mon problème : une greffe osseuse. Cette intervention consiste à récolter une portion d'os de ma mâchoire, ou à utiliser un os artificiel, et à l'intégrer au site anatomique où le volume osseux est insuffisant pour la pose d'implant(s).

#### **Matériau utilisé pour la greffe osseuse**

- Os autogène (os du patient)
- Os alloplastique ou allogénique (os synthétique provenant d'une banque d'os)

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);
- Engourdissement et picotement des lèvres, du menton, des gencives, des dents, des joues et du palais;
- Infection pouvant porter atteinte à la greffe : une nouvelle greffe pourrait être requise;
- Restriction temporaire des mouvements de la mâchoire;
- Réactions défavorables aux médicaments après l'opération (p. ex., diarrhée, nausée, vomissement et allergies).

### **Solutions alternatives**

Mon spécialiste m'a exposé les solutions alternatives à ce traitement:

- le non-traitement (ce qui élimine l'option des implants dentaires);
- un pont ou une prothèse partielle amovible.

### **Anesthésie**

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

Les risques de l'anesthésie 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 point d'injection, ce qui pourrait prolonger l'inconfort post-opératoire et exiger des soins particuliers.

### **Interventions supplémentaires**

Durant ma chirurgie, mon spécialiste 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.

### **Risques**

Mon chirurgien mettra tout en œuvre sur le plan professionnel pour obtenir les résultats désirés. Les risques fréquemment associés à ce type d'intervention sont les suivants : le matériau utilisé pour la greffe pourrait ne pas s'intégrer comme prévu dans la mâchoire. Dans ce cas, des interventions chirurgicales supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires.

### **Aucune garantie**

L'exercice de la dentisterie et de la chirurgie n'est pas une science exacte. Bien qu'on s'attende à de bons résultats, mon chirurgien ne m'a donné aucune garantie quant à la réussite du traitement proposé ni à la durabilité des résultats. Un échec est toujours possible malgré une intervention minutieuse. Je comprends que des interventions ultérieures pourraient être requises.

### **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 semaines avant l'intervention chirurgicale prévue et jusqu'à huit semaines par la suite. La réussite du traitement dépend de plusieurs facteurs: hygiène buccale (brossage, soie dentaire), suivi des instructions post-opératoire, état de santé général, etc.

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 généraliste.

### **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'assurance 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 les options alternatives, 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 : \_\_\_\_\_

OÙ

Tuteur du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Chirurgien: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_