



Consentement - Chirurgie des implants All-on-X

Nom du Patient:

Dossier du patient:

Description du traitement: All-on-X :

Nombre d'Implants: _____ Region: _____

Vous avez reçu les informations sur plusieurs options possibles dans votre cas de plan de traitement afin que vous puissiez prendre une décision éclairée concernant votre traitement dentaire proposé. Ce document est un consentement que vous comprenez la nature du traitement proposé, les risques connus qui y sont associés et les traitements alternatifs possibles. Sachant cela, vous choisissez de faire arracher (extraire) vos dents restantes / et / ou vos implants existants et de procéder à la chirurgie implantaire de l'arcade complète pour votre mâchoire supérieure, votre mâchoire inférieure ou les deux.

Mon dentiste a examiné ma bouche et a fait des recommandations de traitement pour remplacer mes dents manquantes. Les formes alternatives de traitement et leurs risques et avantages associés m'ont été expliqués, y compris ne rien faire. Jusqu'à présent, toutes les questions ont été répondues à ma satisfaction. J'ai été informé(e) que je pourrais demander des soins supplémentaires pour préserver et entretenir les dents qui sont actuellement dans ma bouche. Je comprends que ces traitements supplémentaires peuvent inclure des soins parodontaux (soins des

maladies des gencives), endodontiques (canaux radiculaires), orthodontiques (appareils orthodontiques) et/ou des soins dentaires généraux.

Extractions Dentaire

Ayant été informé(e) de ces options et connaissant les formes alternatives de traitement pour préserver mes dents, j'ai choisi de faire extraire toutes les dents restantes pour les procédures de pont fixe hybride sur implant. J'ai eu suffisamment de temps pour envisager ces formes alternatives de traitement ou je les ai essayées et j'ai choisi de consentir aux procédures de pont fixe hybride sur implant pour ma mâchoire supérieure et/ou de pont fixe hybride sur implant pour ma mâchoire inférieure, ou les deux. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale et j'ai été informé(e) de ce qui est nécessaire pour accomplir la pose des implants et la fixation du ou des ponts. Je comprends qu'aucune garantie ne peut être ou m'a été donnée quant au succès de cette intervention chirurgicale. J'accepte de coopérer avec les recommandations et les conseils de mon dentiste avant et après cette procédure, sachant que ne pas le faire pourrait entraîner l'échec de mes implants et/ou de mon bridge.

Complications possibles

J'ai été informé(e) des risques et des complications possibles liés à cette procédure, y compris l'anesthésie et les médicaments utilisés. Ces complications comprennent la douleur, l'enflure, l'infection postopératoire, l'infection des sinus et la décoloration. Un engourdissement des lèvres, du menton, de la langue ou des joues peut survenir. La durée exacte de ces

risques peut ne pas être déterminable et, dans des cas rares, peut être douloureuse et/ou irréversible.

Une inflammation des veines, des fractures osseuses, une pénétration du sinus (zone de la mâchoire supérieure), un retard de cicatrisation et des réactions allergiques sont également possibles. La chirurgie peut également entraîner la présence de fragments d'os ou de dents dans ma mâchoire, une fracture de l'os de la mâchoire ou une pénétration du sinus (zone de la mâchoire supérieure). Chacune de ces conditions peut nécessiter un traitement correctif, une intervention chirurgicale ou la perte éventuelle de mon/mes implant(s).

La chirurgie peut causer ou entraîner une restriction de l'ouverture de la bouche pendant plusieurs jours, parfois liée à des douleurs musculaires et parfois liée à un stress sur les mâchoires. J'ai également été informé(e) que l'implant est un corps étranger et peut être rejeté ou mal toléré par mon os ou les tissus environnants. Si cela se produit, l'implant devra peut-être être retiré. En cas d'échec, j'ai été avisé(e) qu'une greffe gingivale et/ou osseuse pourrait être nécessaire pour compléter mon traitement. J'ai également été informé(e) et j'ai considéré qu'en cas d'échec de mes implants, l'option de traitement est la prothèse dentaire.

Guérison

Mon dentiste m'a expliqué qu'il n'y a pas de mesures précises pour prédire les capacités de cicatrisation osseuse ou tissulaire après la pose des implants et de la prothèse. Je m'engage à suivre les instructions post-opératoires de mon dentiste et à l'informer immédiatement de tout problème qui pourrait survenir. Je comprends que, dans des cas rares,

mes implants peuvent ne pas accepter le placement immédiat de mon pont. Dans un tel cas, je comprends qu'on me fournira un dentier jusqu'à la guérison.

Tabagisme et autres facteurs de risque.

Je comprends que l'utilisation de produits du tabac ou une consommation excessive d'alcool peut affecter la cicatrisation des gencives et réduire le taux de réussite de la procédure. Par conséquent, je m'engage à ne pas utiliser ces produits et à suivre les instructions de mon dentiste.

Je comprends également que certaines conditions médicales peuvent contribuer à l'échec de mes implants. ***J'ai fourni un historique médical et dentaire complet à mon dentiste.*** J'informerai également mon dentiste de tout changement dans mes conditions médicales et dentaires avant ma chirurgie. J'accepte de voir mon dentiste pour toutes les visites de suivi recommandées, y compris les nettoyages réguliers programmés par mon dentiste après la pose de mes implants. J'ai été informé et je comprends que le fait de ne pas maintenir d'excellents soins à domicile et des nettoyages dentaires réguliers peut créer un risque important de perdre mes implants. Je comprends que je serai responsable du coût de remplacement des implants et/ou de la restauration si je ne suis pas les instructions de mon dentiste, si je ne maintiens pas les soins à domicile recommandés et les rendez-vous prévus.

Je comprends l'importance d'arrêter de fumer AVANT et APRÈS le traitement, de traiter toute maladie des gencives et de contrôler le diabète.

On m'a expliqué que le tabagisme (de toute nature), les maladies des gencives non traitées et le diabète augmentent considérablement le risque d'échec de l'implantation dentaire. On m'a en outre expliqué que la combinaison d'un traitement chirurgical et de médicaments bisphosphonates (pour le traitement de l'ostéoporose ou des maladies osseuses ainsi que l'utilisation de stéroïdes) pris maintenant ou ayant été pris dans le passé augmente le risque d'inflammation chronique qui peut s'élever à nécrose de l'os de la mâchoire.

Phase chirurgicale

Je consens et j'autorise mon dentiste à fournir ces services dentaires pour la procédure hybride supportée par implant. Je comprends parfaitement que pendant et après le traitement et/ou la procédure recommandés, des conditions peuvent apparaître qui justifient (selon le jugement professionnel de mon dentiste) un traitement supplémentaire ou alternatif nécessaire au succès de mon plan de traitement. J'approuve également toute modification de la conception, des matériaux et des procédures ou soins chirurgicaux s'il est déterminé que ces changements sont dans mon meilleur intérêt.

Je comprends que je dois informer mon dentiste si je prends des médicaments, y compris des narcotiques, des tranquillisants, des relaxants musculaires, des médicaments en vente libre ou des drogues récréatives légales ou illégales.

Il m'a été expliqué qu'au cours de la procédure, des conditions imprévues peuvent être révélées, ce qui nécessitera l'extension de la

procédure initiale, une procédure différente de celles énoncées ci-dessus ou l'abandon complet de la procédure. Dans un tel cas, j'autorise mon dentiste et son personnel à effectuer les procédures nécessaires et souhaitables dans l'exercice du jugement professionnel pour compléter ma chirurgie.

Phase prothétique

Je comprends que je recevrai deux séries de dents; dents temporaires en acrylique suivies de dents définitives constituées d'une sous-structure en titane et d'acrylique, de zircone ou d'un matériau composite. Les propriétés physiques des dents sont telles qu'elles s'usent avec le temps. Les habitudes para fonctionnelles (meulage et serrage), les forces de mastication, les limites de résistance des matériaux et d'autres facteurs peuvent entraîner une fracture de la dent et une usure prématurée.

Photographies et Images

Par la présente, j'autorise le Dr Mirmooji à prendre des photographies, des diapositives et/ou des bandes vidéo pour la mâchoire et les dents. J'autorise également la reproduction, l'impression et/ou la publication de ces images à des fins d'utilisation dans des articles, des conférences ou des publicités pour promouvoir la dentisterie esthétique. Je comprends que certaines de ces images peuvent être utilisées par des laboratoires pour la fabrication de ponts et ces images feront partie de mon dossier dentaire. Je n'accepte aucune compensation, financière ou autre, pour l'utilisation de ces images.

En signant, je certifie avoir lu et compris toutes les informations contenues dans le consentement pour le plan de traitement hybride supporté par implant. J'ai eu la chance de poser au dentiste toutes les questions que j'avais sur mon diagnostic, sur la procédure recommandée et les traitements alternatifs, sur l'anesthésie recommandée, sur les risques des traitements alternatifs recommandés et sur les informations écrites qui m'ont été données. Je reconnais que toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction par mon dentiste et, connaissant les risques; Je consens à cette procédure.

Signature du patient : _____ Date: _____