



1. Mon dentiste a soigneusement examiné ma bouche et proposé un plan de traitement en fonction de mes besoins spécifiques. Si des implants sont prévus, je suis conscient des autres options de traitement, comme un pont fixe ou une prothèse partielle amovible, une prothèse complète ou aucun traitement (pas de remplacement). On m'a informé du but et de la nature de la chirurgie et je comprends.
2. Toute intervention chirurgicale comprend des risques. Ces complications comprennent notamment :
 - Le saignement,
 - L'enflure et les contusions,
 - L'infection,
 - La sensibilité au froid postopératoire,
 - La limitation postopératoire de l'ouverture de la mâchoire,
 - L'engourdissement ou la sensation altérée de la lèvre, du menton, de la joue, de la langue, des gencives ou des dents, conditions dont la durée exacte varie et qui peut être irréversible,
 - Une fracture dentaire,
 - Des réactions défavorables à des médicaments comme des réactions allergiques et des réactions gastro-intestinales (diarrhée, nausée et vomissement),
 - La non-intégration de l'implant.
3. Je comprends que le tabagisme, l'alcool ou la consommation d'aliments interdits aura un effet négatif sur la guérison de la gencive et compromettra la réussite de ma chirurgie. Je comprends que le tabagisme n'est pas permis deux semaines avant la chirurgie et jusqu'à huit semaines après celle-ci. J'accepte de suivre les directives de mon dentiste attentivement et de respecter les rendez-vous de suivi nécessaires pour contrôler la guérison. J'accepte de me présenter à mon dentiste pour des examens périodiques selon les recommandations et je comprends qu'une excellente hygiène buccale est nécessaire pour obtenir un bon résultat de la chirurgie.
4. J'accepte le type d'anesthésique local, selon le choix du dentiste. Si l'on me donne un sédatif, j'accepte de ne pas conduire un véhicule motorisé ou de faire fonctionner un appareil dangereux pendant au moins 18 heures, jusqu'à rétablissement des effets de l'anesthésie ou des médicaments qui m'ont été donnés pour me soigner. Je comprends que je ne dois pas conduire pour me rendre à mon rendez-vous ou pour en revenir si l'on me donne de la sédation.
5. **Patients dont on a recommandé une greffe osseuse.** On a recours à la greffe osseuse dans des situations précises quand une déféctuosité autour des dents ou dans la mâchoire peut être régénérée en vue d'améliorer le résultat du traitement de la maladie parodontale ou la pose d'implants. Si l'on n'effectue pas de greffe



Information et consentement pour la chirurgie parodontale et implantaire

7. Je comprends aussi que la négligence de problèmes comme une maladie parodontale ou une dent manquante peuvent entraîner de graves problèmes plus tard dans la vie, comme une migration dentaire, une perte osseuse, l'infection, l'inflammation de la gencive et de l'os, la sensibilité, une mobilité dentaire ou la formation d'un abcès rendant l'extraction nécessaire.
8. À ma connaissance, j'ai donné un compte rendu fidèle de mes antécédents de santé physique et mentale. J'ai par ailleurs signalé toute réaction allergique ou inhabituelle antérieure à des médicaments, à des aliments ou à des anesthésiques, la réaction aux gencives ou cutanée, le saignement anormal ou tout autre problème qui touche ma santé. J'ai nommé tous les médicaments que je prends, y compris les médicaments sans ordonnance, les vitamines et les suppléments. Je tiendrais mon dentiste au courant de tout changement de mon état de santé.
9. Je comprends parfaitement que pendant et après la chirurgie proposée, d'autres problèmes peuvent se présenter, justifiant, de l'avis du dentiste, des traitements ou des procédures additionnelles ou autres, nécessaires à la réussite globale du traitement. J'approuve par ailleurs toute modification dans l'intervention selon le bon jugement de mon dentiste, s'il estime que c'est dans mon meilleur intérêt.
10. Je comprends qu'on peut prendre des photographies à des fins de formation ou de traitement. Toutes les photos servant à des fins de présentation ou de formation sont complètement anonymes.
11. Je demande et j'autorise des services chirurgicaux pour moi-même ou la personne dont je suis le tuteur légal. J'ai eu l'occasion de discuter du plan de traitement proposé avec le dentiste traitant et j'ai reçu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Par conséquent, j'estime avoir la connaissance voulue pour accorder un consentement éclairé au traitement proposé.

Nom du patient (en caractères d'imprimerie): _____

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature du chirurgien : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

Si vous accordez votre consentement au nom de quelqu'un d'autre : j'ai l'autorisation légale de signer le présent document au nom de :

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) : _____

Lien de parenté avec le patient : _____

Signature du tuteur légal : _____ Date : _____

Signature du chirurgien : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____



➤ **Allogreffe**

L'os humain provient de donneurs judicieusement sélectionnés. Les antécédents de chaque donneur individuel sont soigneusement examinés afin de réduire la possibilité de transmission de maladie. Des tests approuvés par Santé Canada sont effectués sur toutes les greffes osseuses pour la présence des hépatites B et C, du VIH (sida) et de la syphilis. À l'heure actuelle, se sont les seules maladies transmissibles évaluées et les résultats des tests peuvent faire abstraction d'autres maladies transmissibles éloignées. L'os subit un traitement majeur par diverses méthodes de stérilisation afin de retirer tout produit et contaminant et aucune déclaration de transmission de maladie n'a été signalée. L'os est emballé dans des récipients scellés sous vide.

➤ **Xéno greffe (bovin)**

L'os est pris d'une source bovine. L'os bovin est non antigénique et adéquatement préparé et stérilisé selon des méthodes approuvées par Santé Canada. Sur le plan physique et chimique, cet os est comparable à l'os humain. La structure de cette greffe osseuse soutient la croissance de l'os du patient.

➤ **Facteurs de croissance osseuse ou tissulaire**

Protéines ou hormones d'origine naturelle ou génétiquement modifiés qui stimulent la croissance et la fonction des cellules. Ces protéines se trouvent naturellement chez l'humain et les animaux et il a été démontré scientifiquement qu'elles favorisent la cicatrisation des plaies. Il a été scientifiquement démontré que les protéines stimulent les cellules des os et des tissus entourant la dent. Des études ont montré la régénération des tissus parodontaux, incluant l'os, le ciment et le ligament parodontal. Les facteurs de croissance sont traités de manière aseptique et stérilisés par des méthodes approuvées par Santé Canada.

➤ **AlloDerm ou Dermis**

L'allogreffe Dermis est constituée de collagène humain. Une évaluation préliminaire et un examen complets du donneur est effectué en fonction des règlements de Santé Canada. Chaque tissu est testé pour la présence de maladies contagieuses pertinentes comme les hépatites B et C, le VIH (sida) et la syphilis. La greffe de tissu est aussi testée pour les agents pathogènes bactériens et fongiques. La greffe tissulaire est ensuite traitée par diverses méthodes de stérilisation pour enlever toutes les cellules sanguines et tissulaires du donneur. En raison de la limite de la technologie, l'évaluation préliminaire et l'examen du donneur ne peuvent éliminer complètement le risque que la greffe de tissu transmette une maladie. La greffe de tissu est expédiée dans un récipient stérile scellé, emballé pour un usage individuel et aucune déclaration de transmission de maladie n'a été signalée.