

CONSENTEMENT INFORMÉ : EXPOSITION CHIRURGICALE ET / OU POSE D'UNE ATTACHE POUR DENT INCLUSE

Nom du patient

Date de naissance

Ce formulaire et votre discussion avec votre dentiste ont pour but de vous aider à prendre des décisions éclairées concernant votre intervention. Vous avez été informé de votre diagnostic, de la procédure prévue, des risques, des avantages et des alternatives associés à la procédure, ainsi que les coûts y étant associés. Vous devez envisager tout ce qui précède, y compris l'option de refuser le traitement, avant de décider de poursuivre ou non avec la procédure prévue. Votre dentiste se fera un plaisir de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir et de vous fournir des informations supplémentaires avant que vous décidiez de signer ou non ce document et de procéder avec l'intervention.

Diagnostic: _____

Procédure: _____

Alternatives: _____

1. J'ai été informé et je comprends les risques potentiels liés à cette intervention chirurgicale, notamment mais ne se limitant pas à:

- Douleur, enflure, saignement, infection, ecchymose, retard de cicatrisation, cicatrices, dommages aux autres dents et /ou aux racines qui peuvent nécessiter une réparation ou une perte de dent(s), des dents mobiles.
- Lésion nerveuse pouvant être reliée à la procédure chirurgicale et /ou à l'anesthésie locale entraînant une altération ou une perte de sensation, un engourdissement, une douleur ou une altération de la sensation au niveau du visage, joue (s), lèvres, menton, dents, gencives et /ou langue (y compris perte de goût). De telles conditions peuvent disparaître avec le temps, mais dans certains cas, elles peuvent être permanentes;
- L'attache collée à la dent incluse peut se détacher et nécessiter d'être recollée. Le support, fil et /ou chaîne attachée pour tirer la dent en position peut causer une irritation à la langue, aux lèvres ou aux joues;
- La dent incluse peut ne pas bouger et pourrait être laissée en place ou nécessiter d'être extraite.
- Une modification à l'apparence des dents;
- Une communication peut se produire de la bouche aux fosses nasales ou aux sinus.
- Des problèmes parodontaux (gencives) associés à la dent ayant reçu la traction.

2. J'ai été informé et ai compris que des visites ou des soins de suivi, une évaluation additionnelle, un traitement ou une intervention chirurgicale supplémentaire pourraient s'avérer nécessaires.

3. Responsabilités du patient

Je comprends que je suis un membre important dans la réussite de mon traitement. Afin d'augmenter les chances d'atteindre des résultats optimaux, j'ai fourni un historique médical complet et précis, incluant toutes les conditions dentaires et médicales passées et présentes, médicaments sur ordonnance ou en vente libre, allergies, consommation de drogues à des fins récréatives et grossesse (le cas échéant).

Je comprends que la consommation de tabac et d'alcool nuit au succès de mon traitement. J'accepte de suivre toutes les instructions fournies par cette clinique avant et après la procédure, de prendre les médicaments prescrits, de maintenir une bonne hygiène buccale, de respecter tous mes rendez-vous et de prendre rendez-vous en cas de complications. J'informerai mon dentiste de toute situation postopératoire et de problèmes à mesure qu'ils se posent. Mon non-respect pourrait entraîner des complications ou affecter les résultats.

Je comprends et accepte que le dentiste ne peut garantir les résultats de la procédure. J'ai eu suffisamment de temps pour lire ce document, comprendre les déclarations ci-dessus et affirme avoir eu la chance d'avoir reçu les réponses à toutes mes questions. En signant ce document, je reconnais et accepte les risques et complications possibles de la procédure et accepte de poursuivre avec le traitement.

Si je suis sous sédation pendant la procédure, j'autorise le dentiste à modifier la procédure si, de son point de vue professionnel, cela est dans mon meilleur intérêt.

Signature Patient ou représentant légal

Date

Je certifie avoir expliqué au patient et /ou à son représentant légal la nature, but, avantages, risques connus, complications et alternatives à la procédure proposée. Le patient et /ou son représentant légal a exprimé une compréhension des informations données. J'ai répondu à toutes les questions au meilleur de ma connaissance, et je crois que le patient et /ou le représentant légal comprend parfaitement ce que je leur ai expliqué.

Signature du dentiste

Date