



TRUDENT CLINICS CONSENTEMENT A LA
CHIRURGIE OSSEUSE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU
TRAITEMENT PARODONTAL
CHIRURGICAL

Nom du patient

Date

Traitement proposé

Faits à observer :

Initiales du patient

_____ Des radiographies dentaires peuvent être prises pour examiner l'état de l'os qui soutient les dents. Avec un examen approfondi de votre cavité buccale, nous mesurerons les poches situées sous les gencives autour de vos dents pour déterminer quel(s) traitement(s) parodontal(aux) est (sont) nécessaire(s) selon votre état parodontal.

_____ Le traitement parodontal chirurgical implique de couper et de relever de petites zones du tissu gingival pour faire apparaître les défauts de l'os qui entoure les dents. Il est possible de procéder à l'ablation chirurgicale de la gencive malade pour réduire ou éliminer les poches parodontales. Le traitement peut également consister en un détartrage et un rabotage des surfaces radiculaires révélées par la procédure chirurgicale.

En dernier lieu, le traitement parodontal chirurgical peut inclure la résection, la réduction et/ou le remodelage des tissus durs osseux (os) et mous (gingivale/gencive). Un pansement parodontal peut être appliqué sur la zone opérée pour faciliter la cicatrisation.

_____ J'ai été informé(e) que la greffe osseuse ou d'autres produits régénérateurs peuvent être utilisés dans les parties de ma bouche qui présentent une poche gingivale et/ou une récession. Par ailleurs, j'ai été informé qu'il s'agit d'une procédure qui peut nécessiter une greffe chirurgicale d'os par le prélèvement d'un ou de plusieurs morceaux d'os d'une autre région de mon corps, ce qui nécessite une nouvelle procédure chirurgicale ou l'utilisation d'une source commerciale provenant d'un autre être humain, d'un autre animal ou d'une source synthétique. Le matériau régénérant peut être appliqué sous forme de blocs sur une grande surface ou sous forme de particules sur des surfaces plus petites. Je reconnais avoir eu la possibilité de parler de ces options et de mon choix avec le dentiste avant de donner mon consentement à ce traitement, à cette procédure ou à cette chirurgie.

_____ La réussite de mon traitement dépend en partie de la capacité des patients à maintenir une hygiène bucco-dentaire adéquate (brossage, utilisation du fil dentaire, etc.) au quotidien, à obtenir des soins et des nettoyages dentaires de routine, et à effectuer un entretien parodontal selon les instructions données. Je comprends que ma conformité est indispensable à la réussite de toute procédure chirurgicale. Je m'engage à suivre minutieusement les instructions post-opératoires qui me seront remises et je m'engage à respecter un régime alimentaire sain, à éviter les produits du tabac et à prendre soin de moi-même à domicile.



TRUDENT CLINICS

ESTD 2022

1

Les avantages de la greffe osseuse et/ou de la chirurgie régénératrice, sans se limiter à ce qui suit :

_____ Le but de la greffe osseuse et/ou de la chirurgie régénératrice consiste à faire "pousser" de l'os. Cela peut être réalisé autour des dents naturelles, des zones édentées ou des implants dentaires. Cette procédure pourrait ou non être combinée à d'autres procédures le même jour. Cela peut être utile pour une éventuelle pose d'implant dentaire, soit en même temps que l'intervention chirurgicale, soit à une date ultérieure. Par ailleurs, cette chirurgie peut viser à reconstituer une crête maxillaire restaurable pour obtenir une meilleure esthétique, une meilleure forme ou une meilleure fonction, ou pour d'autres raisons. Les avantages du traitement parodontal chirurgical, sans se limiter à ce qui suit :

_____ Le traitement parodontal chirurgical peut aider à créer un environnement propre propice à la guérison des gencives, à diminuer les risques d'irritation ou d'infection des gencives, à vous faciliter de garder vos dents propres et à améliorer vos chances de conserver vos dents et leur fonction. Cette série de traitements peut permettre d'améliorer votre état de santé et de freiner la progression et/ou la propagation de la maladie.

Les risques liés au traitement parodontal chirurgical, sans se limiter à ce qui suit :

_____ Je suis conscient(e) que mes gencives risquent de saigner ou de gonfler, et que je pourrais ressentir une gêne pendant plusieurs heures ou jours après la dissipation de l'anesthésie. Ce problème peut être traité à l'aide de médicaments anti-douleur. Si les troubles persistent au-delà de quelques jours, j'en informerai le médecin ou le cabinet.

_____ Je comprends que le traitement parodontal chirurgical nécessite le contact avec des bactéries et des tissus affectés par l'infection à l'intérieur de ma bouche.

Il se peut que je subisse une infection, qui peut être traitée par des antibiotiques. Je prendrai immédiatement contact avec le TrUSmile Team et le cabinet si je présente de la fièvre, des frissons, des sueurs ou un engourdissement.

_____ Je comprends que en gardant la bouche ouverte au cours du traitement, il est possible que ma mâchoire soit provisoirement raide et douloureuse, et qu'il me soit difficile d'ouvrir grand la bouche pendant plusieurs jours. Cela peut parfois être une indication d'un autre problème. En cas de problème de fonctionnement de la mâchoire, je dois informer le TrUSmile Team de ce problème ou de tout autre problème de fonctionnement de la mâchoire.

_____ Je suis conscient qu'au fur et à mesure que mon tissu gingival se cicatrise, il risque de se rétracter et de faire apparaître une partie de la surface de la racine. Ainsi, mes dents pourraient devenir plus sensibles au chaud, au froid ou à d'autres liquides/aliments. Je comprends également que, suite au traitement, il est possible que j'aie des espacements entre mes dents, qui pourraient retenir des résidus alimentaires et nécessiter un entretien spécifique. Je comprends que des procédures chirurgicales supplémentaires peuvent être proposées en vue de protéger les zones sensibles.

_____ Je suis conscient(e) que ces procédures chirurgicales ne suffisent pas à renverser complètement les effets de ma maladie parodontale ou à empêcher des problèmes à l'avenir. Si les dents se déchaussent à la suite d'une maladie parodontale ou d'une procédure chirurgicale, il peut s'avérer nécessaire de les arracher et de les remplacer par un bridge fixe ou amovible, par une prothèse ou par des implants dentaires.



_____ Je comprends que je recevrai une anesthésie locale par injection et/ou d'autres médicaments. Il arrive, rarement, que les patients présentent une réaction à l'anesthésique, ce qui peut nécessiter une intervention médicale d'urgence, ou qu'ils se sentent moins capables de contrôler leur déglutition en raison de l'anesthésique. Ainsi, le risque d'avaler des objets étrangers pendant le traitement devient plus élevé.

Selon l'anesthésie et les médicaments utilisés, j'aurai peut-être besoin d'un chauffeur chargé de me ramener à la maison. Il arrive rarement que des lésions nerveuses temporaires ou permanentes surviennent, provoquant la perte de sensibilité des dents, du menton, de la peau, des lèvres, des gencives ou de la langue. Par ailleurs, les injections peuvent entraîner une perte partielle de la perception du goût.

_____ Je comprends que tous les médicaments peuvent présenter des effets secondaires, des réactions indésirables et des interactions entre médicaments. Par conséquent, je dois absolument informer le TrUSmile Team de tous les médicaments que je prends actuellement. Si les médicaments que je prends ou mes antécédents médicaux ont changé, je comprends que je dois immédiatement et directement en informer le TrUSmile Team.

_____ Je comprends que le tabagisme, l'utilisation de produits du tabac et la consommation d'alcool nuisent à ma capacité à obtenir une cicatrisation gingivale et/ou osseuse correcte et peuvent limiter les chances de réussite de ma procédure chirurgicale. Je m'engage à suivre les instructions du TrUSmile Team relatives aux soins quotidiens de ma bouche, de mes dents et de mes gencives.

_____ Je comprends qu'il peut se produire des saignements post-opératoires, des gonflements, des douleurs, des infections, une décoloration du visage, une sensibilité passagère ou, parfois, permanente de mes dents au chaud, au froid, aux aliments sucrés ou à d'autres liquides/aliments. Un engourdissement passager ou permanent peut apparaître au niveau de la zone opérée, touchant les dents, les lèvres, la peau, le menton et la langue, ce qui peut éventuellement affecter le sens du goût. Je comprends que je peux constater des changements dans l'apparence de mes gencives. Elles peuvent être situées dans une position différente sur les racines ou les espacements entre les dents peuvent être plus importants. Je comprends aussi qu'il est possible que d'autres interventions soient nécessaires si la première opération n'est pas entièrement réussie.

2

Les conséquences de l'absence de traitement, qui ne se limitent pas à ce qui suit :

_____ Je comprends que si je ne reçois aucun traitement ou si le traitement en cours est interrompu ou arrêté, je risque de voir mon état parodontal s'aggraver progressivement. Ceci peut entraîner une inflammation et une infection au niveau des dents, des gencives et/ou des tissus osseux, des caries au-dessus et au-dessous de la ligne gingivale, une détérioration de l'os autour de la dent et la perte de dents. Alternatives au traitement proposé :

_____ Je comprends que les alternatives à la chirurgie parodontale comprennent :

1. Si aucun traitement ne sera mis en œuvre, il est à prévoir que l'inflammation chronique entraînera la progression de la perte osseuse et, éventuellement, la perte prématurée des dents ;

2. Le grattage non chirurgical des racines dentaires et de la muqueuse gingivale (planification radiculaire et curetage) en espérant que cela ne résultera qu'en une réduction partielle et provisoire de l'inflammation et de l'infection et que cela ne renversera pas la perte osseuse, nécessitera des soins professionnels de manière plus fréquente et peut entraîner l'aggravation de mon état et éventuellement la perte prématurée des dents ;

3. Ablation de dents souffrant de maladies parodontales (qui peuvent nécessiter un remplacement par des bridges, des couronnes ou des implants dentaires).

_____ J'ai discuté avec le TrUSmile Team des traitements alternatifs, y compris, mais sans s'y limiter, ceux mentionnés ci-dessus.



Cochez une seule case ci-dessous correspondant à votre choix :

J'ai eu la chance de poser des questions et de consentir au traitement proposé tel qu'il est décrit ci-dessus. Je comprends que je ne bénéficie d'aucune garantie ou assurance de la part de quiconque que ce traitement ou cette intervention chirurgicale proposés permettront de guérir ou d'améliorer mon (mes) état(s) parodontal(aux) ou dentaire(s).

Je refuse de donner mon consentement au traitement proposé tel que décrit ci-dessus et je suis conscient(e) des éventuelles conséquences associées à ce choix.

Nom du patient ou de son représentant

Nom du patient ou de son représentant Date

Je certifie que j'ai discuté des risques, des avantages, des conséquences, des options de traitement et des alternatives au traitement chirurgical parodontal avec mon patient. Mon patient a eu la chance de discuter de ces sujets et de poser des questions, et je crois que mon patient a bien compris ce qui lui a été expliqué.

Nom du dentiste

Signature du dentiste

Date