



Centre dentaire
de La Rive

- **Grefe allogène** – La greffe provient d'un autre humain, elle a été traitée et testée négatif pour les maladies transmissibles connues. Les greffons proviennent d'une banque approuvée par le gouvernement Canadien.

• Donneur	• Receveur
• Os déminéralisé congelé à sec (D.F.D.B)	• Mâchoire supérieur
• Os congelé à sec	• Mâchoire inférieur
• Allogderme	• Région édentée
	• Sinus

- **Grefe alloplastique** – Pose d'os ou de membranes synthétiques

• Donneur	• Receveur
• HA dense	• Mâchoire supérieur
• HA résorbable	• Mâchoire inférieur
• Membrane de collagène	• Région édentée
• Autre	• Sinus

- Procédure d'implant :
-
-

- Si j'Accepte de prendre la sédation suggérée par mon dentiste, je m'engage à ne pas utiliser de véhicule moteur ou tout autre appareil pouvant être dangereux pour une période minimale de 24 heures ou jusqu'à ce que les effets du sédatifs et/ou médicaments aient disparus totalement.
- A ma connaissance, j'ai donné un rapport médical complet de mon état de santé physique et mental. J'y ai également mentionné toute possibilité d'allergie ou de réaction inhabituelle aux médicaments et anesthésiques, ainsi que toute réaction anormale des gencives, de la peau, tout saignement anormal ou toute condition relative à ma santé.
- Je comprends parfaitement, que pendant et après la chirurgie ou le traitement, certaines conditions peuvent apparaitre, nécessitant de nouvelles procédures. Ces traitements additionnels ou alternatifs peuvent être critiques pour le succès du traitement. J'approuve également toute modification dans le plan de traitement si cela est dans mon intérêt.

Signature du patient (tuteur) : _____ date : _____

Signature du témoin : _____ date : _____

Signature du docteur : _____ date : _____



Centre dentaire de La Rive

1. J'ai été informé et comprends la nature de la procédure chirurgicale d'une greffe osseuse. Je comprends ce qu'il est nécessaire d'accomplir pour placer une greffe osseuse sous la gencive dans l'os ou sur l'os.
2. Mon dentiste a examiné ma bouche et toutes les alternatives à ce traitement m'ont été expliquées. J'ai choisi de procéder avec la greffe osseuse afin de pouvoir remplacer la ou les dent(s) manquante(s).
3. J'ai été informé des risques et complications encourus avec la chirurgie, les médicaments et l'anesthésie locale. Ces complications incluent : douleur, enflure, infection, décoloration temporaire de la peau. L'engourdissement de la lèvre, de la langue, du menton, de la joue et des dents, accompagné ou non accompagné de douleur peut survenir pour une période qui ne peut être déterminée et qui peut être irréversible. Il y a aussi possibilité de détérioration d'une dent, fracture osseuse, pénétration du sinus maxillaire, retard dans la guérison et réaction allergique aux médicaments.
4. Je comprends que si je décide de n'entreprendre aucun traitement, les complications suivantes peuvent se développer : maladie osseuse, perte des bases osseuses, maladie parodontale, inflammation des tissus, infection, sensibilité et mobilité dentaire pouvant nécessiter l'extraction. Dont aussi possibles, des problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, maux de tête, douleurs dans le dos, la nuque, névralgie faciales et fatigue musculaire lors de la mastication, perte de l'efficacité masticatoire. De plus, je suis conscient que si aucun traitement n'est fait, il pourrait être impossible de faire une greffe osseuse ou de placer un implant dans une date ultérieure due à un changement de ma condition orale ou médicale.
5. Mon dentiste m'a expliqué qu'il n'y a pas de méthode fiable pour prédire avec précision pour chaque patient la guérison des gencives et de l'os après le placement d'une greffe osseuse. Il m'a été expliqué que dans le processus de guérison osseuse, l'os se remodèle et qu'il n'y a pas de méthode pour prédire le volume final osseux, donc une greffe osseuse subséquente pourrait s'avérer nécessaire. Je suis conscient que chaque patient guérit de façon différente suite à une greffe osseuse et que mon dentiste ne peut pas prévoir avec certitude le succès de la procédure. Une greffe supplémentaire peut être nécessaire pour obtenir un volume d'os adéquat.
6. On m'a expliqué que dans le cas d'un échec (non-adhésion ou rejet de la greffe), on pourrait être obligé de retirer le greffon ou de retoucher le site lors d'une deuxième procédure chirurgicale. Si la procédure de greffe osseuse ne fonctionne toujours pas, alors le placement implantaire ne pourra se faire et je devrai envisager les autres alternatives de remplacement dentaire. Je suis conscient qu'il y a des risques qui pourraient entraîner un échec de la greffe osseuse, qui pourrait nécessiter une chirurgie. Je suis conscient qu'il y a des risques qui pourraient entraîner un échec de la greffe osseuse, qui pourrait nécessiter une chirurgie correctrice soit par l'ablation de la greffe ou autre chirurgie correctrice.
7. Je comprends que l'usage de tabac, d'alcool ou un taux de sucre non-contrôlé peut affecter le succès de la greffe. Je vais suivre les instructions post-opératoires de mon dentiste et me présenter aux visites de contrôle et d'examen-nettoyage tel que recommandé.
8. Je consens aux procédures suivantes :

- **Greffe autogène** (de vous à vous)

Site donneur	Site receveur
• Menton	• Mâchoire supérieur
• Région édentée	• Mâchoire inférieur
• Tubérosité maxillaire (en haut postérieur)	• Région édentée
• Branche montante (en bas postérieur)	• Sinus