



Centre dentaire de La Rive

Consentement éclairé pour greffe osseuse

Préservation de crête en vue d'un implant

1. 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). Nous utilisons une technique de greffe osseuse collagène de source porcine comme régénération osseuse.
2. J'ai été informé des risques et complications encourus avec la chirurgie, les médicaments et l'anesthésie locale. Ces complications peuvent inclure :
 - Douleur
 - Enflure
 - Infection
 - Décoloration temporaire de la peau
 - Retard dans la guérison
 - Réaction allergique aux médicaments
 - Il y a aussi possibilité de détérioration d'une dent
 - Fracture osseuse
 - Perforation du sinus maxillaire
 - Engourdissement lèvre, langue, menton, joue et dents
 - L'engourdissement peut être accompagné ou non accompagné de douleur pour une période de temps qui ne peut être déterminée et qui peut être irréversible.
3. Je comprends que l'usage du 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 tels que recommandées. Je prendrai toute la médication prescrite.
4. Je ne dois porter aucune prothèse partielle ou complète suite à la greffe osseuse sauf une coquille temporaire qui ne causera aucune pression au niveau du site greffé.
5. J'ai été informé(e) 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.

Signature du patient : _____ **Date :** _____

Signature du dentiste : _____ **Date :** _____