

Formulaire de consentement pour greffe gingivale dermique

1. J'ai été informé(e) et comprend la nature de la procédure chirurgicale d'une greffe gingivale de type dermique. Je comprends ce qu'il est nécessaire de l'accomplir pour placer une greffe dermique.
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 dermique afin de pouvoir stabiliser ma gencive, diminuer ma sensibilité produite par les récessions gingivales et même corriger ces récessions.
3. J'ai été informé(e) des risques et complications encourus par la chirurgie, les médicaments et l'anesthésie locale. Ces complications peuvent inclure la douleur, l'enflure, l'infection et/ou la décoloration temporaire de la peau. L'engourdissement de la lèvre, de la langue, du menton, de la joue et/ou des dents, accompagné ou non de douleur peut survenir pour une période de temps qui ne peut être déterminée et qui peut être irréversible.
4. Je comprends que si je décide de n'entreprendre aucun traitement, les complications suivantes peuvent se développer : aggravation des récessions gingivales, carie de racine, maladie parodontale, sensibilité et mobilité dentaire pouvant nécessiter l'extraction d'une ou de plusieurs dents, selon le nombre de dents atteintes.
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. Je suis conscient(e) que chaque patient guérit de façon différente suite à une greffe et que mon dentiste ne peut pas prévoir avec certitude le succès de la procédure. Une greffe supplémentaire peut être nécessaire pour obtenir un recouvrement adéquat de la dent.
6. Je comprends que l'usage de tabac, d'alcool ou un taux de sucre non contrôlé peut affecter le succès de la greffe. Mon dentiste m'a informé de ne pas fumer durant les 3 prochaines semaines. Je vais suivre les instructions pré et postopératoires de mon dentiste et me présenter aux visites de contrôle et d'examen nettoyage tel que recommandé.
7. À ma connaissance, j'ai donné les bonnes informations médicales sur mon état de santé physique et mental (médications, maladies, syndromes, etc.). Je lui 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 et tout saignement anormal ou toute condition relative à ma santé.
8. Je comprends parfaitement que, pendant et après la chirurgie ou le traitement, certaines conditions peuvent apparaître nécessitant de nouvelles procédures qui seront à mes frais. 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.
9. Afin d'être assuré d'avoir une place réservée pour vous dans notre horaire, un dépôt de 100\$ est requis. Ce dépôt est non remboursable si vous manquez ou si vous déplacez votre rendez-vous moins de 72 heures avant la date réservée.

Remis le

signature du patient (tuteur)

Remis le

signature du dentiste

Révisé le

signature du patient (tuteur)

Révisé le

signature du dentiste