

Consentement éclairé au traitement implantaire

Je soussigné avoir été informé par le Docteur Arnaud WIBER

-Des modalités du traitement implantaire et prothétique.

- Que l'implantologie est une science avérée, mais que le risque d'échec même très faible existe. J'ai été avisé que l'intégration entre l'implant et l'os peut faillir et qu'il devienne nécessaire d'enlever l'implant. Cela peut se produire pendant l'intégration initiale de l'implant à l'os ou à n'importe quel moment par la suite.

-Qu'en cas d'échec d'intégration initiale, l'implant sera déposé sans frais supplémentaires.

- Il est possible qu'une régénération osseuse soit nécessaire pour permettre de créer un volume osseux suffisant à la mise en place de l'implant. On utilisera, soit de l'os autogène (du patient), soit de l'os d'origine humaine ou animale (traité selon les normes en vigueur), soit des matériaux synthétiques, associé à du collagène et/ou à un concentré plaquettaire (prf).

-Une modification thérapeutique peut intervenir en cours de chirurgie (nécessité d'utilisation d'un substitut osseux et/ou d'une membrane) . Le praticien m'en informera aussitôt. Cet acte est accepté par mes soins.

-Des indications, des risques et des suites opératoires ainsi que des conséquences diverses que le traitement et l'anesthésie pourraient entraîner.

-Des alternatives thérapeutiques possibles (des traitements classiques par prothèse fixée ou par prothèse amovible qui seraient possibles dans mon cas).

-Des impératifs postopératoires: contre indication du tabac, de l'alcool, et des sports intenses; respect des prescriptions médicamenteuses et des conseils prodigués en matière d'hygiène, d'alimentation molle, et d'entretien de la zone opérée.

-De l'importance d'une très bonne hygiène bucco-dentaire quotidienne ainsi que les conséquences désastreuses et irréversibles si elle n'était pas respectée. Des conséquences négatives du tabac et de l'alcool, dans la réussite et la longévité du traitement.

-De la nécessité de contrôles radiographiques et cliniques réguliers : 2 fois par an pendant les 3 premières années puis une fois par an par la suite.

-Que le traitement implantaire et prothétique n'est pas pris en charge par les caisses d'assurance maladie. J'aurai donc à régler le montant des frais selon le devis qui m'a été remis.

C'est en pleine conscience et ainsi informé que je déclare accepter cette solution au détriment de toutes autres proposées. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention et de l'objectif à atteindre.

Le consentement éclairé est le résultat d'une discussion entre le patient et le dentiste. Le présent document est remis à titre informatif et pourra être complété ou nuancé lors des échanges avec votre dentiste.

Signature du patient

Date