

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR GREFFE GINGIVALE

Le déchaussement des dents peut être causé par plusieurs facteurs. Les causes principales sont d'ordre mécanique (ex : brossage vigoureux), inflammatoire (ex : maladie parodontale) et/ou de résistance (ex : occlusion, prédisposition personnelle). Il en résulte une perte de gencive et d'os ainsi qu'une exposition de la racine des dents, phénomène communément appelée récession gingivale. Une greffe de gencive peut être indiquée dans le but d'arrêter le processus de récession et/ou d'épaissir la gencive existante afin de prévenir une perte additionnelle de gencive et d'os.

Dr \_\_\_\_\_ et son équipe m'ont informé du besoin de subir une chirurgie parodontale au niveau des zones prédisposées ou déjà atteintes d'une récession de gencive.

Pour les cas de greffe alloderm : Le tissu utilisé pour recouvrir les endroits de récession sera une matrice acellulaire provenant d'une banque de tissu donneur.

Pour les cas de greffe autogène : Le tissu utilisé pour recouvrir les endroits de récession ou de manque de gencive attachée sera prélevé dans le palais.

Les complications possibles sont les suivantes :

Risques et complications possibles	Difficultés reliées à ce cas
<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Ecchymose (bleus) <input type="checkbox"/> Enflure (œdème) <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Saignement post-opératoire <input type="checkbox"/> Perte de sensation temporaire de la région opérée <input type="checkbox"/> Sensibilité radiculaire <input type="checkbox"/> Couverture partielle de la racine exposée <input type="checkbox"/> Récidive de la récession <input type="checkbox"/> Nécrose du greffon	<input type="checkbox"/> Condition médicale du patient <input type="checkbox"/> Accès difficile <input type="checkbox"/> Hauteur vestibulaire réduite <input type="checkbox"/> Force musculaire <input type="checkbox"/> Sévérité de la récession <input type="checkbox"/> Inflammation des tissus autour de la récession <input type="checkbox"/> Sévérité de la concavité radiculaire <input type="checkbox"/> Présence d'une obturation radiculaire  <u>Pronostic</u> : Dent # : _____ <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Réservé ou défavorable

Ainsi par la présente, j'atteste que :

- Je comprends qu'une fois la chirurgie terminée, il pourrait y avoir une période d'inconfort.
- Je suis conscient(e) que la guérison de la greffe peut être affecté par ma condition médicale, mon alimentation et la consommation d'alcool / cigarettes.
- Je suis averti(e) que le succès du traitement dépend de ma coopération à respecter les instructions et à maintenir une bonne hygiène.
- Je m'engage à respecter les rendez-vous prévus pour les contrôles et à suivre les recommandations.
- J'ai compris que toute réaction particulière au traitement ne peut être prévue et qu'il est toujours possible que survienne une des complications mentionnées, je devrai alors vous en aviser le plus rapidement possible.
- J'ai également eu la possibilité et pris le temps de poser toutes mes questions au dentiste.

Signature patient(e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_