



Centre dentaire de La Rive

Consentement éclairé pour une élévation sinusale

L'élévation sinusale est une procédure chirurgicale visant à augmenter le volume osseux dans la région postérieure de la mâchoire supérieure (maxillaire). Elle est souvent nécessaire pour poser un implant dentaire lorsque l'os disponible est insuffisant.

Description de la procédure

- Une incision est pratiquée dans la gencive pour accéder à la paroi osseuse du sinus maxillaire.
- Une ouverture est réalisée dans l'os pour soulever délicatement la membrane sinusale.
- Un matériau de greffe osseuse (d'origine naturelle, synthétique ou autologue) est placé dans l'espace créé.
- La zone est refermée par des sutures, et un temps de cicatrisation de plusieurs mois est nécessaire avant la pose éventuelle de l'implant.

Bénéfices attendus

- Création de conditions favorables à la pose d'un implant dentaire.
- Amélioration fonctionnelle et esthétique.

Risques et complications possibles

Comme toute intervention chirurgicale, l'élévation sinusale comporte des risques, notamment :

- **Douleur** ou différée.
- **Rejet du** inconfort temporaire après la procédure.
- **Enflure** et **ecchymoses** au site opératoire.
- **Infection**, nécessitant un traitement médicamenteux ou une intervention supplémentaire.
- **Perforation ou déchirure de la membrane sinusale**, qui pourrait nécessiter une réparation immédiate **matériau de greffe**.
- **Saignements prolongés**.
- **Sinusite** ou autres complications sinusales.
- Impossibilité de poser l'implant dentaire si la greffe échoue.

Alternatives possibles

- Renoncer à la pose d'un implant dentaire.
- Considérer d'autres options de traitement, comme les prothèses dentaires amovibles ou fixes.

Engagement du praticien

Le praticien s'engage à :

- Réaliser cette intervention avec le plus grand soin selon les standards de la profession.
- Informer le patient de tout événement inattendu survenant durant ou après l'intervention.
- Fournir un suivi post-opératoire adéquat.

Engagement du patient

En signant ce document :

- Je reconnais avoir été informé(e) des objectifs, de la nature, des bénéfices attendus, ainsi que des risques et alternatives liés à l'élévation sinusale.
- J'ai eu l'opportunité de poser toutes mes questions et d'obtenir des réponses claires et satisfaisantes.
- J'accepte de suivre les recommandations post-opératoires, y compris la prise de médicaments et les visites de suivi.
-

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

Signature du Dentiste : _____ **Date :** _____