



Informed Consent for Bone Grafting Surgery

BONE GRAFTING

The bone grafting procedure involves opening the gums in the area to expose the existing bone. This is then followed by placing bone material in such a manner so as to augment the existing bone both horizontally and vertically. A protective barrier or membrane is then placed over the grafted bone for protection. The gums are then closed over and sutured (stitched) in place to completely cover the bone grafted area. A healing time of 4-6 months is then typically allowed for the bone graft to "take", mature, and integrate with the surrounding native bone. As discussed, the bone graft material and membrane we'll be using is derived from a donor source (animal or human) or synthetic. The materials I use have been documented to be safe and reliable.

Expected Benefits

The purpose of bone grafting in your case would be to increase the width of the existing bone to allow for proper implant placement. It would also help to harmonize the esthetics of the region.

Principal Risks and Complications

Although bone grafting of localized areas to increase the width of existing bone has been shown in clinical studies to be a predictable procedure, a very small number of patients do not respond successfully to the procedure and may require revision procedures to attain the desired result. The procedure may not be successful in preserving function or appearance. Because each patient's condition is unique, long-term success may not occur.

Complications may result from grafting surgery, drugs, or local anesthetics. The exact duration of any complications cannot be determined and they may be irreversible. These complications include but are not limited to:

Pain; swelling; bruising; infection; bleeding; injury to neighboring or adjacent teeth; adverse drug reactions and discomfort.

There is no method that will accurately predict or evaluate how your gums and bone will heal. There may be a need for a second procedure if the results are not satisfactory. In addition, the success of surgical grafting procedures can be affected by medical conditions, dietary and nutritional problems, smoking, alcohol consumption, clenching and grinding of teeth, inadequate oral hygiene, and certain medications. Accurate reporting of any prior drug reactions, allergies, diseases, symptoms, habits, or conditions that you may have should be reported to me. Also, diligence in maintaining personal daily oral care recommended after the procedure and taking all prescribed medications is important to the ultimate success of the procedure.

Necessary Follow-up Care and Self-Care

Natural teeth should be maintained daily in a clean, hygienic manner. You will need to come for appointments following the surgery so that healing may be monitored and so that Dr. Brea can evaluate and report on the outcome of surgery upon completion of healing. Smoking or alcohol intake may adversely affect healing and may limit the successful outcome of surgery. It is important (1) to abide by the specific prescriptions and instructions given post-operatively and (2) to see your general dentist for periodic examination and preventative treatment.

Costs

The estimated costs for this procedure has already been provided to you.

Patient Consent

I have been fully informed of the surgery to be performed, to my satisfaction. I understand the risks and benefits of the procedure, alternative treatments, and the necessity for follow-up and self care. I also understand the potential outcome of no treatment in the area - i.e. continued bone loss and possible compromise of adjacent teeth. I realize that during the course of the surgery, the treatment may need to be modified due to existing conditions that are only evident when the surgical site has been exposed.

I have had an opportunity to ask any questions I may have in connection with the treatment and to discuss my concerns with Dr. Brea.

By signing below, I hereby consent to the performance of bone grafting surgery as presented to me and consent to any additional or alternative procedures that may be deemed necessary in the judgment of Dr. Brea. I agree to be ultimately responsible for payment of the treatment in full on the day of the procedures as agreed to with Dr. Brea.

Date _____

Signature Patient _____

Patient Name _____

Signature of Dental Specialist _____



Consentimiento informado para la cirugía de injerto de hueso

INJERTO DE HUESO

El procedimiento de injerto de hueso consiste en abrir la encía en la zona para exponer el hueso existente. Esto es seguido por la colocación de material injerto de hueso de tal manera con el fin de aumentar el hueso existente tanto horizontal como verticalmente. Una barrera protectora o la membrana se coloca sobre el hueso injertado para protección. Las encías se cierran luego sobre y suturada (cosida) en lugar para cubrir completamente el hueso injertado en el área. Un tiempo de curación de 4 a 6 meses entonces se permite típicamente para que el injerto de hueso para "tomar", madurar e integrar con el hueso nativo circundante. Como comentamos, el injerto de hueso material y membrana que usamos es derivada de una fuente de donantes (animal o humano) o sintéticas. Los materiales que utilizamos se han documentado para ser seguro y confiable.

Beneficios esperados

El propósito del injerto en su caso sería aumentar la anchura del hueso existente para permitir la colocación de implante adecuada. También ayudaría a armonizar la estética de la región.

Principales riesgos y complicaciones

Aunque el injerto de hueso de áreas localizadas para aumentar el ancho de hueso disponible se ha demostrado en estudios clínicos ser un procedimiento predecible, un número muy pequeño de pacientes no responde satisfactoriamente al procedimiento y puede requerir procedimientos de revisión para lograr el resultado deseado. El procedimiento no puede ser acertado en preservar la función o el aspecto. Porque cada condición del paciente es única, éxito a largo plazo no podría ocurrir.

complicaciones pueden resultar de la cirugía de injerto de hueso, medicamentos o anestésicos locales. No se puede determinar la duración exacta de cualquier complicación y pueden ser irreversibles. Estas complicaciones incluyen pero no están limitadas a:

Dolor; hinchazón; moretones; infección; sangrado; lesiones a los dientes vecinos o adyacentes; reacciones adversas y las molestias.

No existe ningún método que exactamente prediga o evalúe cómo sus encías y el hueso se curan. Puede ser necesario un segundo procedimiento si los resultados no son satisfactorios. Además, el éxito de los procedimientos de injertos quirúrgicos puede verse afectado por condiciones médicas, problemas nutricionales y dietéticos, tabaquismo, consumo de alcohol, bruxismo y el rechinar de dientes, higiene bucal inadecuada y ciertos medicamentos. Informes precisos de cualquier reacciones medicamentosas previas, alergias, enfermedades, síntomas, hábitos o condiciones que usted pueda tener deben ser comunicado a mí. También, diligencia en el mantenimiento de cuidado oral diario personal recomendado después del procedimiento y tomar medicamentos recetados todo es importante para el éxito final del procedimiento.

Autocuidado y la atención de seguimiento necesario

Los dientes naturales se deben mantener diariamente de una manera limpia, higiénica. Tendrá que acudir a las citas después de la cirugía para que la curación puede controlarse y que Dr. Brea puede evaluar e informar sobre resultado de la cirugía sobre la terminación de la cura. Ingesta de alcohol o fumar puede afectar negativamente la cicatrización y puede limitar el éxito de la cirugía. Es importante (1) acatar las prescripciones específicas y las indicaciones del postoperatorio y (2) consulte a su dentista general para exámenes periódicos y tratamiento preventivo.

Costos

El costo estimado para este procedimiento ya se ha proporcionado a usted.

Consentimiento del paciente

He sido informado completamente de la cirugía a realizar, a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios del procedimiento, tratamientos alternativos y la necesidad de seguimiento y el autocuidado. También entiendo el potencial resultado de ningún tratamiento en la zona, la pérdida de hueso es decir, continua y compromiso posible de dientes adyacentes. Me doy cuenta de que durante el transcurso de la cirugía, el tratamiento puede necesitar ser modificado debido a las condiciones existentes que sólo son evidentes cuando el sitio quirúrgico se ha expuesto.

He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener en relación con el tratamiento y discutir mis preocupaciones con el Dr. Brea.

Al firmar abajo, por la presente de su consentimiento para la realización de injerto cirugía como me presentó y da su consentimiento para cualquier procedimiento adicional o alternativo que considere necesario a juicio del Dr. Brea. Estoy de acuerdo en ser responsable en última instancia para el pago del tratamiento en su totalidad en el día de los procedimientos como acordaron con el Dr. Brea.

Fecha _____

Firma Paciente _____

Nombre Paciente _____

Firma Especialista Dental _____

Consentimento informado para a cirurgia de injerto ósseo

INJERTO ÓSSEO

O procedimento de enxerto ósseo envolve a abertura da gengiva na área para expor o osso existente. Isto é seguido pela colocação de material ósseo de modo a fim de aumentar o osso existente quer horizontalmente ou verticalmente. Uma barreira de protecção ou de membrana é colocado sobre a protecção do enxerto ósseo. Gomas e em seguida suturadas por cima fechada (costurado) no lugar para cobrir completamente a área de enxerto do osso. Um tempo de cura de 4 a 6 meses, em seguida, normalmente permite que o enxerto ósseo para "tomar" maduro e integrar com o osso nativo circundante. Como mencionado, o material de enxerto de osso e vamos membrana é derivado de uma fonte dadora (humano ou animal) ou sintética. Os materiais que usamos foram documentados para ser seguro e confiável.

Benefícios esperados

O objetivo do enxerto no caso iria aumentar a largura do osso existente para permitir a colocação do implante adequada. Também ajudaria a harmonizar a estética da região.

Principais riscos e complicações

Embora enxerto de osso localizada para aumentar a largura da área de osso disponíveis tem sido mostrado em estudos clínicos para ser um procedimento previsível, um muito pequeno número de pacientes não respondem de forma satisfatória para o processo e pode exigir procedimentos de revisão para atingir o resultado desejado. O processo não pode ser bem sucedido em preservar a função ou aparência. Porque ele é único, sucesso condição, a longo prazo de cada paciente não pode acontecer.

As complicações podem resultar de enxerto surgery, drogas ou anestésicos locais. Você não pode determinar a duração exata de qualquer complicação e podem ser irreversíveis. Estas complicações incluem, mas não estão limitados a:

dor; inchaço; Hematomas: infecção; sangramento; lesão de vizinhos ou dentes adjacentes; reações adversas e desconforto.

Não existe um método para prever ou avaliar como suas gengivas e osso curar com precisão. um segundo procedimento pode ser necessário se os resultados não forem satisfatórios. Além disso, o sucesso de enxertia procedimentos cirúrgicos podem ser afetados por condições médicas, problemas nutricionais e alimentares, tabagismo, consumo de álcool, bruxismo e ranger de dentes, má higiene oral e de certos medicamentos. relatórios precisos de quaisquer anteriores reações, alergias, doenças, sintomas, hábitos ou condições que você pode ter deve ser comunicada para mim. Além disso, a diligência na manutenção de pessoal recomendado higiene bucal diária após o procedimento e tomar todos os medicamentos prescritos é importante para o sucesso final do procedimento.

Auto-cuidado e cuidados de acompanhamento necessário

Dentes naturais deve ser mantido diariamente de forma limpa, higiênica. Você terá que ir a consultas após a cirurgia para a cura pode ser controlado e Dr. Brea pode avaliar e informar sobre resultado da cirurgia após a conclusão da cura. Beber álcool ou fumar pode afetar adversamente a cura e pode limitar o sucesso da cirurgia. É importante (1) em conformidade com os requisitos e as indicações de pós-operatório e (2) consultar o seu dentista específicas para exames periódicos e tratamento preventivo.

Custos

O custo estimado para este procedimento já foi fornecido a você.

O consentimento do paciente

I foram totalmente informado da cirurgia a ser realizada, a minha satisfação. Eu entendo os riscos e benefícios do procedimento, tratamentos alternativos e a necessidade de monitorização e auto-cuidado. Também eu entendo o resultado potencial de qualquer área de tratamento, a perda óssea ou seja compromisso contínuo e possível de dentes adjacentes. Eu percebo que durante o curso da cirurgia, o tratamento pode necessitar de ser modificado devido às condições que são apenas evidente quando o local da cirurgia é exposto.

Eu tive a oportunidade de perguntar qualquer dúvida que possa ter em relação ao tratamento e discutir minhas preocupações com Dr. Brea.

Ao assinar abaixo, a consentir para realizar a cirurgia como enxerto me apresentou e consentimento a qualquer procedimento adicional ou alternativo considerados necessários no julgamento do Dr. Brea. Eu concordo em ser responsável em última instância, para o pagamento de tratamento em cheio no dia dos procedimentos, conforme acordado com o Dr. Brea.

Data _____

Assinatura dos pacientes _____

Nome do paciente _____

Especialista Dental assinatura _____