

DIRECTIVES CONCERNANT LES CHIRURGIES IMPLANTAIRES

DIRECTIVES GÉNÉRALES

1- A la moindre complication ou problème, communiquez avec le bureau du

Dr _____ Tél. _____

2- Prenez vos médicaments tels que prescrits par votre dentiste.

DIRECTIVES PRÉ-OPÉRATOIRES

Semaine précédant la chirurgie :

- 1- Rincez votre bouche avec de l'eau tiède salée (1/3 cuillerée de sel dans un verre d'eau tiède), 2 fois par jour au cours des 3 jours précédant la chirurgie.
- 2- Évitez de porter vos prothèses dentaires durant la nuit et retirez-les occasionnellement lorsque vos activités le permettent.
- 3- Abstenez-vous de prendre de l'**ASPIRINE** 7 jours avant l'intervention.
- 4- Assurez-vous qu'une personne responsable vous accompagnera le jour de la chirurgie.

DIRECTIVES POST-OPÉRATOIRES LE JOUR DE LA CHIRURGIE

Il n'est aucunement nécessaire d'être à jeun le jour de la chirurgie. Il est indiqué de porter un vêtement confortable.

1. Prenez vos médicaments tels que prescrits par votre dentiste.
 2. Gardez votre ou vos prothèses pendant 48 heures (même durant la nuit). Une fois les 48 heures écoulées, il est recommandé de porter les prothèses le moins possible.
 3. Ne touchez pas le site de l'intervention avec les doigts ou la langue.
 4. Il est normal que la salive soit teintée de sang pour une journée environ.
 5. Pendant le repos, soulevez la tête sur 2 oreillers au début.
 6. Appliquez un sac de glace entouré d'une serviette humide au moins 10 minutes à toutes les heures au cours des premières 4 heures suivant la chirurgie.
-

Évaluation implantaire complète

Cahier #1

Nom du patient : _____ Référé par : _____

Précautions /Contre-indications : _____ Site(s) implantaire(s): _____

Évaluation extraorale

Caractéristiques physiques			
Esthétique/Cosmétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
Couleur et texture de la peau	Normale	Autre	
Attitude du patient	Réceptif	Enjoué	Indifférent
Coordination neuromusculaire	Pauvre	Acceptable	Bonne

Sexe	Masculin	Féminin	
Âge			
Potentiel esthétique vs âge	Pauvre	Acceptable	Bon
Personnalité	Délicate	Moyenne	Vigoureuse

Lèvre supérieure	Courte	Longue	
Couleur des yeux			
Couleur des cheveux			
Visage	Carré	Ovoïde	
	Triangulaire	Effilé	
Profil	Normal	Rétrognathique	
	Droit	Prognathique	

Evaluation des prothèses présentes			
Type de prothèse	Maxillaire	Mandibule	
Historique des prothèses précédente			
	Type : _____		
	Quantité : _____		
Expérience avec des prothèses	Favorable	Défavorable	
Efficacité masticatrice	Pauvre	Acceptable	Bonne
stabilité et rétention	Pauvre	Acceptable	Bonne
esthétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
phonétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
confort	Pauvre	Acceptable	Bonne
DVO	Pauvre	Acceptable	Bonne

Évaluation intraorale

Dimension			
Maxillaire	Petite	Normale	large
Mandibule	Petite	Normale	large

Forme de l'arcade			
Maxillaire	Carrée	Ovoïde	effilée
Mandibule	Carrée	Ovoïde	effilée

Relation entre les crêtes	Normale	Prognathique	rétrognathique
Distance entre les crêtes	Insuffisante	Suffisante	

Crête résiduelle		
Maxillaire	Carrée	Ovoïde
	Effilée	Plate
Mandibule	Parallèle	Mince
	Contre-dépouille	

Parallélisme des crêtes	
☐	Les 2 crêtes sont parallèles
☐	La crête maxillaire diverge antérieurement
☐	La crête mandibulaire diverge antérieurement
☐	Les 2 crêtes divergent antérieurement

Palais mou	Excessif	Réduit	
Tissus mous	Minces	Épais	
	En santé	Irrités	Pathologiques

Attachements musculaires	Bas	Acceptables	Hauts
Positionnement de la langue	Subnormal	Normal	

Contour des lèvres		
Maxillaire	Normal	Manque de support
Mandibule	Normal	Manque de support

Mouvements mandibulaires		
Protrusion	_____ mm	_____ mm
Latéral droit	_____ mm	_____ mm
latéral gauche	_____ mm	_____ mm

Salive			
Quantité	Insuffisante	Normale	Excessive
Qualité	Normale	Épaisse	Mince
Musculature	Hypotonique	Normale	Hypertonique

Notes

7. Mangez seulement des aliments mous (qui ne demandent aucune mastication). Évitez les aliments épicés. Vous devez mastiquer/manger du côté opposé du site de la chirurgie pour les 3 premières semaines. Votre diète doit être plus molle durant les 3 premières semaines (par exemple : pas de croustilles).
8. Nettoyez le site opéré avec de la chlorhexidine sur un Q-tip 3 fois par jour.
9. La douleur est normale quoique que différente d'une personne à l'autre.
10. **ÉVITEZ LE SURMENAGE**

DIRECTIVES POST-OPÉRATOIRES LES JOURS SUIVANTS

- 1- Après les repas, brossez délicatement les dents, en incluant l'endroit opéré et les points de suture.
- 2- **NE FUMEZ PAS.** La nicotine nuit à la guérison et il est préférable de s'abstenir.
- 3- Pour rincer la bouche, utilisez le rince-bouche à la chlorhexidine qui vous sera fourni lors de votre rendez-vous de chirurgie. Lorsqu'il ne vous restera plus de rince-bouche, utilisez l'eau salée.
- 4- Une enflure peut se produire, atteignant son maximum sur une période de 48 à 72 heures après la chirurgie et disparaîtra dans les jours suivants.
- 5- L'apparition d'ecchymoses peut se produire, c'est normal et aucun traitement n'est indiqué. Le tout rentrera dans l'ordre à l'intérieur de 2 semaines environ.
- 6- Les points de suture seront enlevés dans 2 ou 3 semaines.
- 7- Après 2 semaines, une base molle est appliquée à l'intérieur de votre prothèse. Il est recommandé dans les 2 semaines suivant l'intervention de porter votre prothèse le moins souvent possible. Cette base molle sera changée aux 3-4 semaines durant le temps de l'ostéointégration des implants.
- 8- Une paresthésie (engourdissement) de la lèvre, du cou ou du menton peut survenir suite à l'intervention. Ce symptôme devrait disparaître au cours des semaines ou des mois qui suivront.

J'AI COMPRIS LES DIRECTIVES PRÉOPÉRATOIRES ET POSTOPÉRATOIRES ET J'AI SIGNÉ

PATIENT(E) _____ DATE _____

TÉMOIN _____ DATE _____

Guide patient

LES IMPLANTS DENTAIRES

Premièrement; Bravo ! Vous venez de prendre une décision importante et durable concernant votre santé dentaire. Toute notre équipe voudrait saisir cette opportunité pour vous remercier sincèrement pour votre temps et votre intérêt concernant votre choix pour un traitement d'implantologie.

Au fil des années, les implants dentaires sont devenus le traitement de choix pour remplacer les dents manquantes. Si vous portez actuellement des prothèses dentaires fixes ou amovibles, ou qu'il vous manque une ou plusieurs dents, l'implant dentaire pourra à coup sûr améliorer votre qualité de vie. L'implant dentaire est le seul traitement qui remplace à la fois la couronne ainsi que la racine de la dent.

Le fait que vous preniez le temps de répondre à ce document nous indique que vous vous posez de sérieuses questions à propos de votre santé bucco-dentaire. Les implants dentaires sont la solution retenue pour prendre en main votre santé dentaire. SVP, remplissez au meilleur de vos connaissances de livret avant votre prochain rendez-vous, car il nous permettra d'adapter le meilleur traitement pour votre situation.

Si vous avez le moindre doute ou question pour un des énoncés, identifiez bien la question à l'aide d'un astérisque. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre adéquatement à un énoncé, vous pouvez élaborer vos réponses à la page 8 en indiquant bien le numéro de l'énoncé. Toutes ces dispositions nous permettront d'être certains d'avoir répondu à toutes vos interrogations pour votre entière satisfaction. Si vous avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à communiquer avec nous, un membre de notre équipe se fera un plaisir de vous aider.

Maintenant, vous pouvez vous asseoir dans un endroit tranquille et confortable afin de compléter ce livret.

Merci et bonne lecture.

S.V.P. Remplir ce document avant votre prochain rendez-vous qui est le : _____

Fiche clinique

Date : _____

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Ville _____
Tél. maison: _____ Cell. _____
Profession _____

Date de naissance _____

Code postal _____
Bureau _____

ANAMNÈSE Sexe _____ Taille _____ Poids _____ Âge _____

Encerclez la réponse exacte

1. Êtes-vous en bonne santé ? **oui / non**
 2. Avez-vous noté un changement dans votre santé au cours de la dernière année ? **oui / non**
 3. Votre dernière visite chez le médecin était le _____
 4. Suivez-vous un traitement médical présentement ? **oui / non**
Si oui, lequel _____
 5. Nom et adresse de votre médecin _____
 6. Avez-vous une maladie grave ? **oui / non** Si oui, expliquez _____
 7. Avez-vous subi une opération ? **oui / non** Si oui, expliquez _____
 8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous eu une maladie grave ? **oui / non** Si oui, expliquez _____
-

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

CV1. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes :

Infarctus du myocarde, problèmes cardiaques	oui / non
Insuffisance coronarienne, Sténocardite	oui / non
Cardiopathie valvulaire	oui / non
Maladie cardiaque congénitale	oui / non
Maladie cardiaque d'origine rhumatismale	oui / non
Souffle au cœur	oui / non

CV2. Douleur de poitrine avec effort physique **oui / non**

CV3. Manque de souffle après un effort physique très fatigant **oui / non**

CV4.	Vos chevilles enflent-elles facilement ?	oui / non
CV5.	Avez-vous besoin de plus d'un oreiller pour dormir ?	oui / non
CV6.	Avez-vous une « pile » cardiaque ?	oui / non
CV7.	Avez-vous des problèmes de pression artérielle ?	oui / non
	Hypertension _____ Hypotension _____	

APPAREIL URO-GÉNITAL

UR1.	Avez-vous ou avez-vous eu :	
	Problèmes rénaux	oui / non
	Insuffisance rénale	oui / non
	Syphilis, Gonorrhée	oui / non
	SIDA	oui / non

ALLERGIES

AL1.	Êtes-vous allergique ou avez-vous mal réagi à :	
	Anesthésique, pénicilline, sulfamide	oui / non
	Barbituriques, sédatifs, somnifères	oui / non
	Aspirine	oui / non
	Iode	oui / non
	Codéine ou autres narcotiques	oui / non
	Autres _____	oui / non
AL2.	Souffrez-vous d'asthme ou rhume des foins	oui / non
AL3.	Avez-vous ou avez-vous eu de l'urticaire, de l'eczéma	oui / non

OS ARTICULATION

J1.	Souffrez-vous de :	
	Arthrite	oui / non
	Rhumatisme articulaire	oui / non
	Maladie osseuse	oui / non
	Ostéoporose	oui / non

TUMEURS

TR1.	Avez-vous ou avez-vous eu :	
	Tumeurs bénignes – malignes	oui / non
	Si oui, expliquez _____	
	Chimiothérapie – Radiothérapie (Rayon X)	oui / non

AUTRES

✓ Avez-vous eu d'autres problèmes de santé que nous devrions connaître :

✓ Êtes-vous exposé régulièrement à des rayons X ou autres formes de radiation ou substances toxiques :	oui / non
✓ Souffrez-vous de glaucome : ouvert ou fermé	oui / non
✓ Portez-vous des verres de contact	oui / non
✓ Buvez-vous de l'alcool, combien et quand	oui / non
✓ Fumez-vous ? (Si oui, combien)	oui / non

SYSTÈMES NERVEUX CENTRAL

CN1. Avez-vous ou avez-vous eu :

Épilepsie	oui / non
Épisode de perte de conscience	oui / non
Apoplexie	oui / non
Problèmes émotionnels	oui / non

CN2. Suivez-vous un traitement pour maladie nerveuse **oui / non**

APPAREIL RESPIRATOIRE

RE1. Avez-vous une toux ou un rhume persistant	oui / non
RE2. Avez-vous ou avez-vous eu la tuberculose	oui / non
RE3. Y a-t-il des cas de tuberculose dans votre famille	oui / non
RE4. Avez-vous une sinusite ou autres problèmes sinusaux	oui / non
RE5. Souffrez-vous d'emphysème	oui / non
RE6. Souffrez-vous de bronchites chroniques	oui / non
RE7. Souffrez-vous d'asthme	oui / non

APPAREIL DIGESTIF

GI1. Souffrez-vous d'un ulcère duodéal	oui / non
GI2. Avez-vous ou avez-vous eu :	
Hépatite	oui / non
Ictère (jaunisse)	oui / non
Maladie hépatique	oui / non
GI3. Avez-vous déjà vomi du sang	oui / non
GI4. Souffrez-vous de diarrhée	oui / non

SYSTÈME ENDOCRINIEN

EN1. Souffrez-vous de diabète	oui / non
EN2. Quelqu'un est-il diabétique dans votre famille	oui / non
EN3. Urinez-vous plus de six (6) fois par jour	oui / non
EN4. Avez-vous souvent soif ou la bouche sèche	oui / non
EN5. Souffrez-vous d'hyperthyroïdie	oui / non
EN6. Souffrez-vous d'hypothyroïdie	oui / non

SYSTÈME HÉMATOPOIÉTIQUE

HB1. Souffrez-vous d'anémie ou autre maladie sanguine	oui / non
Si oui, laquelle _____	
HB2. Quelqu'un souffre-t-il d'une maladie sanguine dans votre famille	oui / non
HB3. Souffrez-vous d'hémophilie	oui / non
HB4. Avez-vous eu une hémorragie ou un saignement anormal après une opération, une extraction ou un accident	oui / non
HB5. Avez-vous eu une transfusion sanguine	oui / non

MÉDICAMENT

ME1. Prenez-vous ces médicaments :	
Antibiotiques, sulfamides, pénicilline	oui / non
Médicaments contre l'hypertension	oui / non
Tranquillisants	oui / non
Iode	oui / non
Codéine ou autres narcotiques	oui / non

Autres (vitamine, aspirine, etc.) Veuillez tout inscrire. **oui / non**

NOM/TYPE (PRESCRIT OU NON)	DOSAGE	FRÉQUENCE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POUR LES PATIENTES

PA1. Êtes-vous enceinte ? Combien de mois ? _____	oui / non
PA2. Allaitiez-vous ?	oui / non
PA3. Avez-vous des problèmes menstruels ?	oui / non
PA4. Prenez-vous la pilule ou un traitement hormonal ?	oui / non

QUESTIONNAIRE SUR VOS DENTS

DE1. Quel est votre problème principal _____

DE2. Avez-vous mal aux dents **oui / non**

DE3. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents **oui / non**

DE4. Pouvez-vous manger et mâcher correctement **oui / non**

DE5. Avez-vous mal à la tête, aux oreilles ou à la nuque **oui / non**

DE6. Souffrez-vous souvent de sinusites **oui / non**

DE7. Avez-vous eu de graves problèmes après un traitement dentaire **oui / non**

Si oui, expliquez _____

Autre(s) condition(s) non mentionnée(s) ci-haut :

ACCORD DE TRAITEMENT

À ma connaissance, j'ai donné un rapport médical exact de mon état de santé.

Signature du patient (tuteur) : _____ date : _____

Signature du témoin : _____ date : _____

Signature du docteur : _____ date : _____

Votre évaluation dentaire

1. Depuis combien de temps n'avez-vous plus de dent ?
Haut : _____
Bas : _____
2. Quel genre de prothèse aviez-vous ?
Sorte : _____
☐ complète ☐ base de métal
☐ partielle ☐ recouvrement de vos dents
3. Quel âge ont vos prothèses actuelles ? _____
Portez-vous vos prothèses les plus récentes ? _____
Combien de prothèses avez-vous eues ? _____
Êtes-vous capable de manger des fraises, des pommes, des noix, du steak, du maïs ? _____
4. Êtes-vous satisfait de vos prothèses ?
☐ Oui, en général
☐ Oui, mais il y a des défauts
☐ Non, mais je les porte presque jamais ou pas du tout
☐ Non, je ne les porte presque jamais ou pas du tout
5. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos prothèses ?
☐ Oui, elles ont une belle apparence naturelle
☐ Oui, mais j'aimerais y apporter quelques changements
☐ Non, elles ne sont pas naturelles, mais je les porte
☐ Non, elles n'ont pas l'air vrai ou elles sont très laides
6. Est-ce que la façon dont tient votre prothèse du haut vous satisfait ? (rétention et stabilité)
☐ Oui, elle reste en place la plupart du temps
☐ Non, elle doit être fixée avec un adhésif
☐ Non, elle bouge souvent quand je mange ou je parle
☐ Non, elle bouge tellement que je ne la porte pas
7. Est-ce que la façon dont tient votre prothèse du bas vous satisfait ?
☐ Oui, elle reste en place la plupart du temps
☐ Non, elle doit être fixée avec un adhésif
☐ Non, elle bouge souvent quand je mange ou je parle
☐ Non, elle bouge tellement que je ne la porte pas
8. Êtes-vous satisfait de votre capacité de manger et de mastiquer les aliments que vous désirez ?
☐ Oui, je suis capable de mastiquer la plupart des aliments
☐ Oui, mais j'évite certains aliments ou les fais cuire pour les ramollir
☐ Non, je me prive de plusieurs aliments que j'aimerais manger
☐ Non, je suis capable de mastiquer plus facilement sans mes prothèses
9. Vos prothèses influencent votre façon de parler, en êtes-vous satisfait ?
☐ Oui, je n'ai pas de difficulté à parler
☐ Oui, mais elles m'occasionnent quelques problèmes
☐ Non, parler est toujours difficile
☐ Non, c'est très difficile
10. Êtes-vous satisfait du confort de votre prothèse du haut ?
☐ Oui, elle me cause rarement de l'inconfort
☐ Oui, elle m'occasionne parfois quelques inconforts
☐ Non, elle m'occasionne beaucoup de points douloureux
☐ Non, je la porte rarement
11. Êtes-vous satisfait du confort de votre prothèse du bas ?
☐ Oui, elle me cause rarement de l'inconfort
☐ Oui, elle m'occasionne parfois quelques inconforts
☐ Non, elle m'occasionne beaucoup de points douloureux
☐ Non, je la porte rarement
12. SVP, placez dans l'ordre les éléments suivants selon ce qui pourrait vous empêcher d'opter pour votre traitement implantaire

_____ Coût relié aux procédures
_____ Peur de la douleur
_____ Durée des procédures
_____ Résultats attendus
_____ Aucune inquiétude
13. Est-ce qu'un docteur vous a déjà parlé qu'il était important de remplacer vos dents manquantes ? ☐ oui ☐ non

Si vous vous souvenez du nom du(des) docteur(s), pouvez-vous écrire le(s) nom(s) ?

14. Suite à la perte de votre(vos) dent(s), souffrez-vous de certains des symptômes suivants ?

	toujours	à l'occasion
Maux de tête	☐	☐
Serrement/grincement de dents	☐	☐
Nausées	☐	☐
Difficulté à avaler	☐	☐
Ulcère, irritation des tissus de la bouche	☐	☐
Difficulté de mastication	☐	☐
Étourdissement, acouphène	☐	☐
Engourdissement de la lèvre inférieure	☐	☐
Difficulté d'élocution	☐	☐
Problèmes digestifs	☐	☐
Carence nutritive	☐	☐
15. Souffrez-vous de certains des problèmes émotionnels suivants ?
☐ Éviter de manger en public
☐ Éviter d'être vu en public
☐ Déprimé ou insécurité d'avoir perdu des dents
☐ Difficulté d'ajustement à la vie avec des dents manquantes
16. Pourquoi désirez-vous des implants ?

ENTENTE FINANCIÈRE

Nom: _____

Date : _____

Description des soins :

Prix des traitements : \$ _____

Dépôt	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde :\$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		

Annulation

Comme nous vous réservons du temps opératoire (incluant le personnel, les fournitures nécessaires à votre intervention), vous devez nous prévenir le plus rapidement possible (au moins une (1) semaine à l'avance) de tout changement à votre horaire afin de permettre à une autre personne de bénéficier de cette place. Sans raison majeure et/ou délai raisonnable, votre dépôt sera retenu afin de couvrir les frais encourus.

Signature du patient (tuteur) : _____ date : _____

Signature du témoin : _____ date : _____

Signature du docteur : _____ date : _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

DIRECTIVES CONCERNANT LES CHIRURGIES IMPLANTAIRES

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- 1- A la moindre complication ou problème, communiquez avec le bureau du

Dr _____ Tél. _____

- 2- Prenez vos médicaments tels que prescrits par votre dentiste.

DIRECTIVES PRÉ-OPÉRATOIRES

Semaine précédant la chirurgie :

- 1- Rincez votre bouche avec de l'eau tiède salée (1/3 cuillerée de sel dans un verre d'eau tiède), 2 fois par jour au cours des 3 jours précédant la chirurgie.
- 2- Évitez de porter vos prothèses dentaires durant la nuit et retirez-les occasionnellement lorsque vos activités le permettent.
- 3- Abstenez-vous de prendre de l'**ASPIRINE** 7 jours avant l'intervention.
- 4- Assurez-vous qu'une personne responsable vous accompagnera le jour de la chirurgie.

DIRECTIVES POST-OPÉRATOIRES LE JOUR DE LA CHIRURGIE

Il n'est aucunement nécessaire d'être à jeun le jour de la chirurgie. Il est indiqué de porter un vêtement confortable.

1. Prenez vos médicaments tels que prescrits par votre dentiste.
2. Gardez votre ou vos prothèses pendant 48 heures (même durant la nuit). Une fois les 48 heures écoulées, il est recommandé de porter les prothèses le moins possible.
3. Ne touchez pas le site de l'intervention avec les doigts ou la langue.
4. Il est normal que la salive soit teintée de sang pour une journée environ.
5. Pendant le repos, soulevez la tête sur 2 oreillers au début.
6. Appliquez un sac de glace entouré d'une serviette humide au moins 10 minutes à toutes les heures au cours des premières 4 heures suivant la chirurgie.

7. Mangez seulement des aliments mous (qui ne demandent aucune mastication). Évitez les aliments épicés. Vous devez mastiquer/manger du côté opposé du site de la chirurgie pour les 3 premières semaines. Votre diète doit être plus molle durant les 3 premières semaines (par exemple : pas de croustilles).
8. Nettoyez le site opéré avec de la chlorhexidine sur un Q-tip 3 fois par jour.
9. La douleur est normale quoique que différente d'une personne à l'autre.
10. **ÉVITEZ LE SURMENAGE**

DIRECTIVES POST-OPÉRATOIRES LES JOURS SUIVANTS

- 1- Après les repas, brossez délicatement les dents, en incluant l'endroit opéré et les points de suture.
- 2- **NE FUMEZ PAS.** La nicotine nuit à la guérison et il est préférable de s'abstenir.
- 3- Pour rincer la bouche, utilisez le rince-bouche à la chlorhexidine qui vous sera fourni lors de votre rendez-vous de chirurgie. Lorsqu'il ne vous restera plus de rince-bouche, utilisez l'eau salée.
- 4- Une enflure peut se produire, atteignant son maximum sur une période de 48 à 72 heures après la chirurgie et disparaîtra dans les jours suivants.
- 5- L'apparition d'ecchymoses peut se produire, c'est normal et aucun traitement n'est indiqué. Le tout rentrera dans l'ordre à l'intérieur de 2 semaines environ.
- 6- Les points de suture seront enlevés dans 2 ou 3 semaines.
- 7- Après 2 semaines, une base molle est appliquée à l'intérieur de votre prothèse. Il est recommandé dans les 2 semaines suivant l'intervention de porter votre prothèse le moins souvent possible. Cette base molle sera changée aux 3-4 semaines durant le temps de l'ostéointégration des implants.
- 8- Une paresthésie (engourdissement) de la lèvre, du cou ou du menton peut survenir suite à l'intervention. Ce symptôme devrait disparaître au cours des semaines ou des mois qui suivront.

J'AI COMPRIS LES DIRECTIVES PRÉOPÉRATOIRES ET POSTOPÉRATOIRES ET J'AI SIGNÉ

PATIENT(E) _____ DATE _____

TÉMOIN _____ DATE _____

Explications concernant les médicaments

Valium/Ativan: Anxiolytique et sédatif.

Prendre un comprimé la veille du rendez-vous et un autre avant la chirurgie.

Antibiotiques: (_____)

Prendre tel que prescrit et prendre en entier (jusqu'à la fin).

Décadron: Médicament contre l'œdème (enflure).

Prendre 2 comprimés 1 heure avant la chirurgie;
Après la chirurgie, 1 comprimé aux 8 heures jusqu'à la fin de la prescription.

Motrin: Anti-douleur de base et anti-inflammatoire.

À débiter la veille de la chirurgie et poursuivre pour trois (3) jours même s'il n'y a aucune douleur. Poursuivre tel que prescrit si nécessaire.

Percocet/Empracet/Percodan: Anti-douleur supplémentaire.

À prendre seulement en cas de douleur vive, si cette douleur n'est pas soulagée par le Motrin.

Ne pas prendre en même temps que le Motrin ; attendre 4 à 6 heures après avoir pris un comprimé de Motrin avant de prendre ce médicament.

Vous ne pourrez vaquer à vos occupations normales ou conduire votre automobile sous l'effet de ces médications, ce sont des narcotiques puissants.

Rince-bouche à la chlorhexidine: Rince-bouche antimicrobien.

Il est possible que vous notiez la formation de taches sur vos dents ou que cela modifie votre goût. Ces effets indésirables cesseront lorsque vous cesserez d'utiliser le rince-bouche.

Veuillez attendre 24 heures après la chirurgie avant de rincer la bouche pendant une (1) minute deux (2) fois par jour pour une période de deux (2) semaines.

Aide-mémoire pour votre préparation à la chirurgie

Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
La veille du rendez-vous	La journée même	Le lendemain	Le surlendemain	Les jours suivants
<u>Le matin :</u> • Prendre un bon déjeuner • Porter des vêtements confortables, à manches courtes • Apporter tous vos médicaments avec vous • Prendre 2 comprimés de Décadron 1hre avant la chirurgie	<u>Le matin :</u> • Prendre 1 comprimé de Décadron aux 8 heures	<u>Le matin :</u> • Prendre 1 comprimé de Décadron aux 8 heures • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le matin :</u> • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le matin :</u> • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine
<u>Le soir :</u> • Prendre votre Valium/Ativan	<i>Au cours de la journée, n'oubliez pas d'appliquer de la glace 10 minutes à toutes les heures au cours des 4 heures suivant la chirurgie</i> Prendre votre Motrin aux 6 heures	<u>Le soir :</u> • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine Prendre votre Motrin aux 6 heures <i>Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)</i>	<u>Le soir :</u> • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine Prendre votre Motrin aux 6 heures <i>Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)</i>	<u>Le soir :</u> • Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine Prendre votre Motrin aux 6 heures <i>Prendre les antibiotiques en entier tel que prescrit (si applicable)</i>

Évaluation implantaire complète

Cahier #1

Nom du patient : _____ Référé par : _____

Précautions /Contre-indications : _____ Site(s) implantaire(s): _____

Évaluation extraorale

Caractéristiques physiques			
Esthétique/Cosmétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
Couleur et texture de la peau	Normale	Autre	
Attitude du patient	Réceptif	Enjoué	Indifférent
Coordination neuromusculaire	Pauvre	Acceptable	Bonne

Sexe	Masculin	Féminin	
Âge			
Potentiel esthétique vs âge	Pauvre	Acceptable	Bon
Personnalité	Délicate	Moyenne	Vigoureuse

Lèvre supérieure	Courte	Longue	
Couleur des yeux			
Couleur des cheveux			
Visage	Carré	Ovoïde	
	Triangulaire	Effilé	
Profil	Normal	Rétrognathique	
	Droit	Prognathique	

Évaluation des prothèses présentes			
Type de prothèse	Maxillaire	Mandibule	
Historique des prothèses précédente			
	Type : _____		
	Quantité : _____		
Expérience avec des prothèses	Favorable	Défavorable	
Efficacité masticatrice	Pauvre	Acceptable	Bonne
stabilité et rétention	Pauvre	Acceptable	Bonne
esthétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
phonétique	Pauvre	Acceptable	Bonne
confort	Pauvre	Acceptable	Bonne
DVO	Pauvre	Acceptable	Bonne

Évaluation intraorale

Dimension			
Maxillaire	Petite	Normale	large
Mandibule	Petite	Normale	large

Forme de l'arcade			
Maxillaire	Carrée	Ovoïde	effilée
Mandibule	Carrée	Ovoïde	effilée

Relation entre les crêtes	Normale	Prognathique	rétrognathique
Distance entre les crêtes	Insuffisante	Suffisante	

Crête résiduelle		
Maxillaire	Carrée	Ovoïde
	Effilée	Plate
Mandibule	Parallèle	Mince
	Contre-dépouille	

Parallélisme des crêtes	
☐ Les 2 crêtes sont parallèles	
☐ La crête maxillaire diverge antérieurement	
☐ La crête mandibulaire diverge antérieurement	
☐ Les 2 crêtes divergent antérieurement	

Palais mou	Excessif	Réduit	
Tissus mous	Minces	Épais	
	En santé	Irrités	Pathologiques

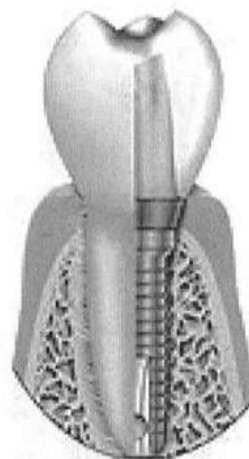
Attachements musculaires	Bas	Acceptables	Hauts
Positionnement de la langue	Subnormal	Normal	

Contour des lèvres		
Maxillaire	Normal	Manque de support
Mandibule	Normal	Manque de support

Mouvements mandibulaires		
Protrusion	_____ mm	
Latéral droit	_____ mm	
latéral gauche	_____ mm	

Salive			
Quantité	Insuffisante	Normale	Excessive
Qualité	Normale	Épaisse	Mince
Musculature	Hypotonique	Normale	Hypertonique

Notes



Guide patient

LES IMPLANTS DENTAIRES

Premièrement; Bravo ! Vous venez de prendre une décision importante et durable concernant votre santé dentaire. Toute notre équipe voudrait saisir cette opportunité pour vous remercier sincèrement pour votre temps et votre intérêt concernant votre choix pour un traitement d'implantologie.

Au fil des années, les implants dentaires sont devenus le traitement de choix pour remplacer les dents manquantes. Si vous portez actuellement des prothèses dentaires fixes ou amovibles, ou qu'il vous manque une ou plusieurs dents, l'implant dentaire pourra à coup sûr améliorer votre qualité de vie. L'implant dentaire est le seul traitement qui remplace à la fois la couronne ainsi que la racine de la dent.

Le fait que vous preniez le temps de répondre à ce document nous indique que vous vous posez de sérieuses questions à propos de votre santé bucco-dentaire. Les implants dentaires sont la solution retenue pour prendre en main votre santé dentaire. SVP, remplissez au meilleur de vos connaissances de livret avant votre prochain rendez-vous, car il nous permettra d'adapter le meilleur traitement pour votre situation.

Si vous avez le moindre doute ou question pour un des énoncés, identifiez bien la question à l'aide d'un astérisque. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre adéquatement à un énoncé, vous pouvez élaborer vos réponses à la page 8 en indiquant bien le numéro de l'énoncé. Toutes ces dispositions nous permettront d'être certains d'avoir répondu à toutes vos interrogations pour votre entière satisfaction. Si vous avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à communiquer avec nous, un membre de notre équipe se fera un plaisir de vous aider.

Maintenant, vous pouvez vous asseoir dans un endroit tranquille et confortable afin de compléter ce livret.

Merci et bonne lecture.

S.V.P. Remplir ce document avant votre prochain rendez-vous qui est le : _____

Fiche clinique

Date : _____

Nom _____ Date de naissance _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Tél. maison: _____ Cell. _____ Bureau _____

Profession _____

ANAMNÈSE Sexe _____ Taille _____ Poids _____ Âge _____

Encerclez la réponse exacte

1. Êtes-vous en bonne santé ? **oui / non**
2. Avez-vous noté un changement dans votre santé au cours de la dernière année ? **oui / non**
3. Votre dernière visite chez le médecin était le _____
4. Suivez-vous un traitement médical présentement ? **oui / non**

Si oui, lequel _____

5. Nom et adresse de votre médecin _____

6. Avez-vous une maladie grave ? **oui / non** Si oui, expliquez _____

7. Avez-vous subi une opération ? **oui / non** Si oui, expliquez _____

8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous eu une maladie grave ? **oui / non** Si oui, expliquez _____

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

CV1. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes :

Infarctus du myocarde, problèmes cardiaques	oui / non
Insuffisance coronarienne, Sténocardite	oui / non
Cardiopathie valvulaire	oui / non
Maladie cardiaque congénitale	oui / non
Maladie cardiaque d'origine rhumatismale	oui / non
Souffle au cœur	oui / non

CV2. Douleur de poitrine avec effort physique **oui / non**

CV3. Manque de souffle après un effort physique très fatigant **oui / non**

CV4. Vos chevilles enflent-elles facilement ?	oui / non
CV5. Avez-vous besoin de plus d'un oreiller pour dormir ?	oui / non
CV6. Avez-vous une « pile » cardiaque ?	oui / non
CV7. Avez-vous des problèmes de pression artérielle ?	oui / non
Hypertension _____ Hypotension _____	

APPAREIL URO-GÉNITAL

UR1. Avez-vous ou avez-vous eu :	
Problèmes rénaux	oui / non
Insuffisance rénale	oui / non
Syphilis, Gonorrhée	oui / non
SIDA	oui / non

ALLERGIES

AL1. Êtes-vous allergique ou avez-vous mal réagi à :	
Anesthésique, pénicilline, sulfamide	oui / non
Barbituriques, sédatifs, somnifères	oui / non
Aspirine	oui / non
Iode	oui / non
Codéine ou autres narcotiques	oui / non
Autres _____	oui / non

AL2. Souffrez-vous d'asthme ou rhume des foins	oui / non
AL3. Avez-vous ou avez-vous eu de l'urticaire, de l'eczéma	oui / non

OS ARTICULATION

J1. Souffrez-vous de :	
Arthrite	oui / non
Rhumatisme articulaire	oui / non
Maladie osseuse	oui / non
Ostéoporose	oui / non

TUMEURS

TR1. Avez-vous ou avez-vous eu :	
Tumeurs bénignes – malignes	oui / non
Si oui, expliquez _____	
Chimiothérapie – Radiothérapie (Rayon X)	oui / non

AUTRES

✓ Avez-vous eu d'autres problèmes de santé que nous devrions connaître :

- | | |
|--|------------------|
| ✓ Êtes-vous exposé régulièrement à des rayons X | |
| ou autres formes de radiation ou substances toxiques : | oui / non |
| ✓ Souffrez-vous de glaucome : ouvert ou fermé | oui / non |
| ✓ Portez-vous des verres de contact | oui / non |
| ✓ Buvez-vous de l'alcool, combien et quand | oui / non |
| <hr/> | |
| ✓ Fumez-vous ? (Si oui, combien) | oui / non |
| <hr/> | |

SYSTÈMES NERVEUX CENTRAL

CN1. Avez-vous ou avez-vous eu :

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| Épilepsie | oui / non |
| Épisode de perte de conscience | oui / non |
| Apoplexie | oui / non |
| Problèmes émotionnels | oui / non |

CN2. Suivez-vous un traitement pour maladie nerveuse **oui / non**

APPAREIL RESPIRATOIRE

- | | |
|--|------------------|
| RE1. Avez-vous une toux ou un rhume persistant | oui / non |
| RE2. Avez-vous ou avez-vous eu la tuberculose | oui / non |
| RE3. Y a-t-il des cas de tuberculose dans votre famille | oui / non |
| RE4. Avez-vous une sinusite ou autres problèmes sinusaux | oui / non |
| RE5. Souffrez-vous d'emphysème | oui / non |
| RE6. Souffrez-vous de bronchites chroniques | oui / non |
| RE7. Souffrez-vous d'asthme | oui / non |

APPAREIL DIGESTIF

- | | |
|---|------------------|
| GI1. Souffrez-vous d'un ulcère duodénal | oui / non |
| GI2. Avez-vous ou avez-vous eu : | |
| Hépatite | oui / non |
| Ictère (jaunisse) | oui / non |
| Maladie hépatique | oui / non |
| GI3. Avez-vous déjà vomi du sang | oui / non |
| GI4. Souffrez-vous de diarrhée | oui / non |

SYSTÈME ENDOCRINIEN

EN1. Souffrez-vous de diabète	oui / non
EN2. Quelqu'un est-il diabétique dans votre famille	oui / non
EN3. Urinez-vous plus de six (6) fois par jour	oui / non
EN4. Avez-vous souvent soif ou la bouche sèche	oui / non
EN5. Souffrez-vous d'hyperthyroïdie	oui / non
EN6. Souffrez-vous d'hypothyroïdie	oui / non

SYSTÈME HÉMATOPOIÉTIQUE

HB1. Souffrez-vous d'anémie ou autre maladie sanguine	oui / non
Si oui, laquelle _____	
HB2. Quelqu'un souffre-t-il d'une maladie sanguine dans votre famille	oui / non
HB3. Souffrez-vous d'hémophilie	oui / non
HB4. Avez-vous eu une hémorragie ou un saignement anormal après une opération, une extraction ou un accident	oui / non
HB5. Avez-vous eu une transfusion sanguine	oui / non

MÉDICAMENT

ME1. Prenez-vous ces médicaments :	
Antibiotiques, sulfamides, pénicilline	oui / non
Médicaments contre l'hypertension	oui / non
Tranquillisants	oui / non
Iode	oui / non
Codéine ou autres narcotiques	oui / non

Autres (vitamine, aspirine, etc.) Veuillez tout inscrire. **oui / non**

NOM/TYPE (PRESCRIT OU NON)	DOSAGE	FRÉQUENCE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POUR LES PATIENTES

PA1. Êtes-vous enceinte ? Combien de mois ? _____	oui / non
PA2. Allaitiez-vous ?	oui / non
PA3. Avez-vous des problèmes menstruels ?	oui / non
PA4. Prenez-vous la pilule ou un traitement hormonal ?	oui / non

QUESTIONNAIRE SUR VOS DENTS

DE1. Quel est votre problème principal _____

DE2. Avez-vous mal aux dents **oui / non**

DE3. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents **oui / non**

DE4. Pouvez-vous manger et mâcher correctement **oui / non**

DE5. Avez-vous mal à la tête, aux oreilles ou à la nuque **oui / non**

DE6. Souffrez-vous souvent de sinusites **oui / non**

DE7. Avez-vous eu de graves problèmes après un traitement dentaire **oui / non**

Si oui, expliquez _____

Autre(s) condition(s) non mentionnée(s) ci-haut :

ACCORD DE TRAITEMENT

À ma connaissance, j'ai donné un rapport médical exact de mon état de santé.

Signature du patient (tuteur) : _____ date : _____

Signature du témoin : _____ date : _____

Signature du docteur : _____ date : _____

Votre évaluation dentaire

1. Depuis combien de temps n'avez-vous plus de dent ?
Haut : _____
Bas : _____
2. Quel genre de prothèse aviez-vous ?
Sorte : _____
☐ complète ☐ base de métal
☐ partielle ☐ recouvrement de vos dents
3. Quel âge ont vos prothèses actuelles ? _____
Portez-vous vos prothèses les plus récentes ? _____
Combien de prothèses avez-vous eues ? _____
Êtes-vous capable de manger des fraises, des pommes, des noix, du steak, du maïs ? _____
4. Êtes-vous satisfait de vos prothèses ?
☐ Oui, en général
☐ Oui, mais il y a des défauts
☐ Non, mais je les porte presque jamais ou pas du tout
☐ Non, je ne les porte presque jamais ou pas du tout
5. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos prothèses ?
☐ Oui, elles ont une belle apparence naturelle
☐ Oui, mais j'aimerais y apporter quelques changements
☐ Non, elles ne sont pas naturelles, mais je les porte
☐ Non, elles n'ont pas l'air vrai ou elles sont très laides
6. Est-ce que la façon dont tient votre prothèse du haut vous satisfait ? (rétention et stabilité)
☐ Oui, elle reste en place la plupart du temps
☐ Non, elle doit être fixée avec un adhésif
☐ Non, elle bouge souvent quand je mange ou je parle
☐ Non, elle bouge tellement que je ne la porte pas
7. Est-ce que la façon dont tient votre prothèse du bas vous satisfait ?
☐ Oui, elle reste en place la plupart du temps
☐ Non, elle doit être fixée avec un adhésif
☐ Non, elle bouge souvent quand je mange ou je parle
☐ Non, elle bouge tellement que je ne la porte pas
8. Êtes-vous satisfait de votre capacité de manger et de mastiquer les aliments que vous désirez ?
☐ Oui, je suis capable de mastiquer la plupart des aliments
☐ Oui, mais j'évite certains aliments ou les fais cuire pour les ramollir
☐ Non, je me prive de plusieurs aliments que j'aimerais manger
☐ Non, je suis capable de mastiquer plus facilement sans mes prothèses
9. Vos prothèses influencent votre façon de parler, en êtes-vous satisfait ?
☐ Oui, je n'ai pas de difficulté à parler
☐ Oui, mais elles m'occasionnent quelques problèmes
☐ Non, parler est toujours difficile
☐ Non, c'est très difficile
10. Êtes-vous satisfait du confort de votre prothèse du haut ?
☐ Oui, elle me cause rarement de l'inconfort
☐ Oui, elle m'occasionne parfois quelques inconforts
☐ Non, elle m'occasionne beaucoup de points douloureux
☐ Non, je la porte rarement
11. Êtes-vous satisfait du confort de votre prothèse du bas ?
☐ Oui, elle me cause rarement de l'inconfort
☐ Oui, elle m'occasionne parfois quelques inconforts
☐ Non, elle m'occasionne beaucoup de points douloureux
☐ Non, je la porte rarement
12. SVP, placez dans l'ordre les éléments suivants selon ce qui pourrait vous empêcher d'opter pour votre traitement implantaire

_____ Coût relié aux procédures
_____ Peur de la douleur
_____ Durée des procédures
_____ Résultats attendus
_____ Aucune inquiétude
13. Est-ce qu'un docteur vous a déjà parlé qu'il était important de remplacer vos dents manquantes ? ☐ oui ☐ non

Si vous vous souvenez du nom du(des) docteur(s), pouvez-vous écrire le(s) nom(s) ?

14. Suite à la perte de votre(vos) dent(s), souffrez-vous de certains des symptômes suivants ?

	toujours	à l'occasion
Maux de tête	☐	☐
Serrement/grincement de dents	☐	☐
Nausées	☐	☐
Difficulté à avaler	☐	☐
Ulcère, irritation des tissus de la bouche	☐	☐
Difficulté de mastication	☐	☐
Étourdissement, acouphène	☐	☐
Engourdissement de la lèvre inférieure	☐	☐
Difficulté d'élocution	☐	☐
Problèmes digestifs	☐	☐
Carence nutritive	☐	☐
15. Souffrez-vous de certains des problèmes émotionnels suivants ?
☐ Éviter de manger en public
☐ Éviter d'être vu en public
☐ Déprimé ou insécurité d'avoir perdu des dents
☐ Difficulté d'ajustement à la vie avec des dents manquantes
16. Pourquoi désirez-vous des implants ?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

ENTENTE FINANCIÈRE

Nom: _____

Date : _____

Description des soins :

Prix des traitements : \$ _____

Dépôt	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		
Paie ment	\$ _____	date : _____	solde : \$ _____
	Visa/Mastercard/débit/AccordD/Dentoplan		

Annulation

Comme nous vous réservons du temps opératoire (incluant le personnel, les fournitures nécessaires à votre intervention), vous devez nous prévenir le plus rapidement possible (au moins une (1) semaine à l'avance) de tout changement à votre horaire afin de permettre à une autre personne de bénéficier de cette place. Sans raison majeure et/ou délai raisonnable, votre dépôt sera retenu afin de couvrir les frais encourus.

Signature du patient (tuteur) : _____ date : _____

Signature du témoin : _____ date : _____

Signature du docteur : _____ date : _____

This image shows a full page of white paper with horizontal black ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Explications concernant les médicaments

Valium/Ativan: Anxiolytique et sédatif.

Prendre un comprimé la veille du rendez-vous et un autre avant la chirurgie.

Antibiotiques: (_____)

Prendre tel que prescrit et prendre en entier (jusqu'à la fin).

Décadron: Médicament contre l'œdème (enflure).

Prendre 2 comprimés 1 heure avant la chirurgie;
Après la chirurgie, 1 comprimé aux 8 heures jusqu'à la fin de la prescription.

Motrin: Anti-douleur de base et anti-inflammatoire.

À débiter la veille de la chirurgie et poursuivre pour trois (3) jours même s'il n'y a aucune douleur. Poursuivre tel que prescrit si nécessaire.

Percocet/Empracet/Percodan: Anti-douleur supplémentaire.

À prendre seulement en cas de douleur vive, si cette douleur n'est pas soulagée par le Motrin.

Ne pas prendre en même temps que le Motrin ; attendre 4 à 6 heures après avoir pris un comprimé de Motrin avant de prendre ce médicament.

Vous ne pourrez vaquer à vos occupations normales ou conduire votre automobile sous l'effet de ces médicaments, ce sont des narcotiques puissants.

Rince-bouche à la chlorhexidine: Rince-bouche antimicrobien.

Il est possible que vous notiez la formation de taches sur vos dents ou que cela modifie votre goût. Ces effets indésirables cesseront lorsque vous cesserez d'utiliser le rince-bouche.

Veuillez attendre 24 heures après la chirurgie avant de rincer la bouche pendant une (1) minute deux (2) fois par jour pour une période de deux (2) semaines.

Aide-mémoire pour votre préparation à la chirurgie

Date :

Date :

Date :

Date :

Date :

La veille du rendez-vous	La journée même	Le lendemain	Le surlendemain	Les jours suivants
<u>Le matin :</u> - Prendre un bon déjeuner - Porter des vêtements confortables, à manches courtes - Apporter tous vos médicaments avec vous - Prendre 2 comprimés de Décadron 1hre avant la chirurgie	<u>Le matin :</u> Prendre 1 comprimé de Décadron aux 8 heures	<u>Le matin :</u> - Prendre 1 comprimé de Décadron aux 8 heures - Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le matin :</u> Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le soir :</u> Prendre votre Valium/Ativan
<u>Le soir :</u> Prendre votre Motrin aux 6 heures	<u>Le soir :</u> <i>Au cours de la journée, n'oubliez pas d'appliquer de la glace 10 minutes à toutes les heures au cours des 4 heures suivant la chirurgie</i>	<u>Le soir :</u> Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le soir :</u> Rincer votre bouche pendant 1 minute avec le rince-bouche à la chlorhexidine	<u>Le soir :</u> Prendre votre Motrin aux 6 heures
		<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)	<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)	<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)
		<u>Le soir :</u> Prendre votre Motrin aux 6 heures	<u>Le soir :</u> Prendre votre Motrin aux 6 heures	<u>Le soir :</u> Prendre votre Motrin aux 6 heures
		<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)	<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)	<u>Le soir :</u> Prendre les antibiotiques tel que prescrit (si applicable)