

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION INTESTINALE PAR CHIRURGIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade, pour ensuite le suturer et restaurer la continuité du tube digestif. Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes. Parfois, pour des questions techniques, il est nécessaire de réaliser un anus artificiel qui, la plupart des cas est provisoire.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade ou résoudre mes symptômes en évitant les complications (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de votre maladie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Retard de la reprise du transit intestinal normal, ce qui requerrait un traitement à base de sérums. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation de la suture. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En fonction de la maladie, il faudra extirper un segment plus ou moins grand de l'intestin grêle.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION INTESTINALE PAR CHIRURGIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION INTESTINALE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend l'ablation par laparoscopie de la partie de l'intestin malade, pour ensuite le suturer et restaurer la continuité du tube digestif. La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie).

Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes. Parfois, pour des questions techniques, il est nécessaire de réaliser un anus artificiel qui, la plupart des cas est provisoire.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade ou résoudre mes symptômes en évitant les complications (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de votre maladie, mais l'intervention peut se faire par chirurgie ouverte

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Retard de la reprise du transit intestinal normal, ce qui requerrait un traitement à base de sérums. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation de la suture. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En fonction de la maladie, il faudra extirper un segment plus ou moins grand de l'intestin grêle.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION INTESTINALE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION SEGMENTAIRE OUVERTE DU CÔLON

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade, pour ensuite le suturer et restaurer la continuité du tube digestif.

Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes. Parfois, pour des questions techniques, il est nécessaire de réaliser un anus artificiel qui, la plupart des cas est provisoire. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de votre maladie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Augmentation du nombre de selles. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.). Obstruction intestinale. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En fonction de votre maladie, il faudra résectionner un segment plus ou moins grand du gros intestin

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION SEGMENTAIRE OUVERTE DU CÔLON**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION SEGMENTAIRE LAPAROSCOPIQUE DU CÔLON

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation par laparoscopie de la partie de l'intestin malade, pour ensuite le suturer et restaurer la continuité du tube digestif. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes. Parfois, pour des questions techniques, il est nécessaire de réaliser un anus artificiel qui, la plupart des cas est provisoire.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de la partie de l'intestin malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de votre maladie, mais l'intervention peut se faire par chirurgie ouverte

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Augmentation du nombre de selles. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui parfois requiert une réintervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Reproduction de la maladie. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En fonction de votre maladie, il faudra résectionner un segment plus ou moins grand du gros intestin

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (RÉSECTION SEGMENTAIRE LAPAROSCOPIQUE DU CÔLON) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

.....

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR FERMETURE DU STOMATE PAR CHIRURGIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend la reconstruction de la continuité du tube digestif en fermant l'anus artificiel. Pour ce faire, on effectuera une incision autour de celui-ci et si le reste de l'intestin était séparé de l'anus artificiel au préalable, il faudra réaliser une incision abdominale. Une fois que les deux extrémités intestinales seront exposées, elles seront raccordées avec une suture. Dans certains cas, pour la fermeture de l'anus artificiel, il est nécessaire de poser une prothèse (filet). Parfois, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend la reconstruction de la continuité du tube digestif afin de permettre la défécation par l'anus.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Vous pouvez conserver l'anus artificiel mais pour fermer le stomate la seule alternative est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, diarrhée. Altération de la continence fécale, qui en général disparaît après une période d'adaptation. Retard dans le rétablissement de la motilité intestinale ce qui requiert parfois un traitement prolongé à base de sérums. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Infection et saignement intraabdominal. Fistule intestinale pour défaut de cicatrisation de la suture. Obstruction intestinale.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons fermer l'anus artificiel de l'abdomen afin de permettre le dépôt de selles par l'anus.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**FERMETURE DU STOMATE PAR CHIRURGIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR FERMETURE DU STOMATE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend la reconstruction de la continuité du tube digestif en fermant l'anus artificiel. Pour ce faire, on effectuera une incision autour de celui-ci en complétant l'union des deux extrémités intestinales par laparoscopie. Dans certains cas, pour la fermeture de l'anus artificiel, il est nécessaire de poser une prothèse (filet). Parfois, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend la reconstruction de la continuité du tube digestif afin de permettre la défécation par l'anus.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Vous pouvez conserver l'anus artificiel mais pour fermer le stomate la seule alternative est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, diarrhée. Altération de la continence fécale, qui en général disparaît après une période d'adaptation. Retard dans le rétablissement de la motilité intestinale ce qui requiert parfois un traitement prolongé à base de sérums. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Infection et saignement intraabdominal. Fistule intestinale pour défaut de cicatrisation de la suture. Obstruction intestinale. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons fermer l'anus artificiel de l'abdomen afin de permettre le dépôt de selles par l'anus.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**FERMETURE DU STOMATE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR COLECTOMIE TOTALE OUVERTE AVEC OU SANS RÉSERVOIR

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen on prétend l'ablation du gros intestin et la plupart du rectum. Si cela est possible, ensuite sera reconstruite la continuité de l'intestin en réalisant un néo-rectum avec une partie de l'intestin grêle. Dans la plupart des cas, on réalisera une iléostomie de décharge, qui est un anus artificiel dans l'abdomen provisoire, qui sera fermé ensuite à l'aide d'une nouvelle intervention chirurgicale. Lorsqu'il est impossible de reconstruire le rectum il faut laisser une iléostomie définitive. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de l'intestin malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons que la seule alternative efficace est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, diarrhée, irritation de la peau autour de l'anus artificiel. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance. Altération de la continence aux gaz, y compris, aux selles. Inflammation de la cavité abdominale. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons extirper le gros intestin en entier et s'il s'avérait nécessaire de résectionner l'anus, le dépôt de selles devra se faire à travers un anus artificiel situé dans l'abdomen

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**COLECTOMIE TOTALE OUVERTE AVEC OU SANS RÉSERVOIR**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR COLECTOMIE TOTALE LAPAROSCOPIQUE AVEC OU SANS RÉSERVOIR

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie, on prétend l'ablation du gros intestin et la plupart du rectum. Si cela est possible, ensuite sera reconstruite la continuité de l'intestin en réalisant un néo-rectum avec une partie de l'intestin grêle. Dans la plupart des cas, on réalisera une iléostomie de décharge, qui est un anus artificiel dans l'abdomen provisoire, qui sera fermé ensuite à l'aide d'une nouvelle intervention chirurgicale. Lorsqu'il est impossible de reconstruire le rectum il faut laisser une iléostomie définitive. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation de l'intestin malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons que la seule alternative efficace est la chirurgie, mais l'intervention peut être réalisée par chirurgie ouverte.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, augmentation du nombre de selles. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance. Altération de la continence aux gaz, y compris, aux selles. Inflammation de la cavité abdominale. Reproduction de la maladie. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons extirper le gros intestin en entier et s'il s'avérait nécessaire de résectionner l'anus, le dépôt de selles devra se faire à travers un anus artificiel situé dans l'abdomen

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**COLECTOMIE TOTALE LAPAROSCOPIQUE AVEC OU SANS RÉSERVOIR**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION DU RECTUM PAR CHIRURGIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen on prétend l'ablation totale ou partielle du rectum, qui est la partie finale de l'intestin. En fonction de la distance de la lésion à l'anus, il sera possible ou pas de reconstruire la continuité de l'intestin ce qui, dans la plupart des cas est réalisable. Dans l'hypothèse où l'on doit extirper l'anus, il faudra réaliser un anus artificiel permanent dans l'abdomen. S'il est possible de suturer le côlon, il pourrait s'avérer nécessaire de laisser un anus artificiel temporaire. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin. Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du rectum malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on pourrait considérer la possibilité de poser une endoprothèse ou la résection de la lésion à travers l'anus, mais dans votre cas, nous pensons que la chirurgie ouverte est la meilleure option.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, augmentation du nombre de selles. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance. Altération de la continence aux gaz, y compris, aux selles. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons extirper tout ou une partie du rectum et dans le cas d'une ablation de l'anus, le dépôt de selles devra se faire à travers un anus artificiel situé dans l'abdomen

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION DU RECTUM PAR CHIRURGIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION DU RECTUM PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie on prétend l'ablation totale ou partielle du rectum, qui est la partie finale de l'intestin. En fonction de la distance de la lésion à l'anus, il sera possible ou pas de reconstruire la continuité de l'intestin ce qui, dans la plupart des cas est réalisable. Dans l'hypothèse où l'on doit extirper l'anus, il faudra réaliser un anus artificiel permanent dans l'abdomen. S'il est possible de suturer le côlon, il pourrait s'avérer nécessaire de laisser un anus artificiel temporaire. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin. Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du rectum malade en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, perforation, obstruction, fistule,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on pourrait considérer la possibilité de poser une endoprothèse ou la résection de la lésion à travers l'anus, mais dans votre cas, nous pensons que la chirurgie ouverte est la meilleure option, bien que l'intervention puisse être réalisée par chirurgie ouverte (laparotomie).

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, augmentation du nombre de selles. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance. Altération de la continence aux gaz, y compris, aux selles. Reproduction de la maladie. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Nous allons extirper tout ou une partie du rectum et dans le cas d'une ablation de l'anus, le dépôt de selles devra se faire à travers un anus artificiel situé dans l'abdomen

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure **(RÉSECTION DU RECTUM PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE)** à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR POLYPECTOMIE DU CÔLON OU DU RECTUM

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation d'un polype localisé dans le côlon ou le rectum, non subsidiaire d'un traitement endoscopique pour son étude histologique complète. Si le polype est localisé dans le côlon il sera nécessaire de réaliser une ouverture de cette partie de l'intestin pour résectionner la lésion et ensuite la suturer. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de résectionner un segment du gros intestin. S'il se trouvait localisé très bas dans le rectum il pourrait être abordé par l'anus, ou par voie postérieure en réalisant alors une ouverture du rectum et sa fermeture par suture. L'étude anatomopathologique intra ou post-opératoire pourrait conseiller une plus grande résection ou la réalisation d'un anus artificiel qui, dans la plupart des cas, est temporaire. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin. Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du polype afin d'éviter son extension et une éventuelle évolution maligne.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de votre maladie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Altération de la continence aux gaz, y compris, aux selles. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**POLYPECTOMIE DU CÔLON OU DU RECTUM**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION ENDOANALE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation, à travers l'anus, de la tumeur que j'ai au niveau du rectum. Parfois on utilise un dispositif spécial que l'on introduit dans l'anus et à l'aide d'outils spécifiques on extirpe la tumeur. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Parfois, de par l'étude intraopératoire de la pièce chirurgicale ou de par l'impossibilité d'extirper la tumeur par cette voie, il s'avère nécessaire de réaliser, dans la même opération, une intervention en faisant une incision au niveau de l'abdomen pour extirper complètement la lésion. Si l'ablation du rectum était nécessaire, en fonction de la distance de la lésion à l'anus, il sera possible ou pas de reconstruire la continuité de l'intestin ce qui, dans la plupart des cas est réalisable. Dans l'hypothèse où l'on doit extirper l'anus, il faudra réaliser un anus artificiel permanent dans l'abdomen. S'il est possible de suturer le côlon, il pourrait s'avérer nécessaire de laisser un anus artificiel temporaire. Parfois il est nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes.

L'étude anatomopathologique définitive de la pièce chirurgicale pourrait conseiller une réintervention postérieure pour extirper la tumeur complètement.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend la réalisation d'une étude anatomopathologique complète de la lésion du rectum et éviter les complications de celle-ci (saignement, obstruction, ...) qui requerraient une intervention d'urgence

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons que la résection endoanale est la meilleure option, bien que l'on pourrait réaliser une ablation totale ou partielle du rectum.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. Dans le cas d'une ablation partielle du rectum : augmentation du nombre de selles.

Risques peu fréquents et graves : Saignement ou infection importante. Altération de la continence aux gaz, y compris aux selles. Reproduction de la maladie. Dans le cas d'une ablation partielle du rectum : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule de l'anastomose pour défaut de cicatrisation qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui requiert parfois une intervention avec la réalisation d'un anus artificiel. Saignement et infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION ENDOANALE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE PROLAPSUS DU RECTUM

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique on veut replacer le rectum dans sa position anatomique normale, en essayant d'éliminer les symptômes tels que troubles locaux, incontinence et même saignement. La réparation du prolapsus peut se faire par voie abdominale ou à travers l'anus. Pour la réparation du prolapsus, la résection intestinale, la fixation de l'intestin à l'aide d'une prothèse (filet) ou la suture des muscles du rectum avec l'ablation d'une portion de la muqueuse peuvent s'avérer nécessaires. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend le remplacement du rectum dans sa position anatomique normale, en essayant d'éliminer les symptômes tels que troubles locaux, incontinence et même saignement...

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique efficace pour corriger le prolapsus de rectum.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : En fonction de la technique utilisée : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie) si l'opération se fait par voie abdominale. Saignement ou infection intraabdominale ou autour de l'anus. Rejet de la prothèse qui obligerait à son retrait, fistule intestinale, sténose et incontinence aux gaz et aussi aux selles. Dysfonctions sexuelles qui pourraient provoquer une impuissance. Reproduction du prolapsus de rectum.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE PROLAPSUS DU RECTUM**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE RECTOCÈLE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on veut essayer d'éviter que le rectum souffre une hernie vers le vagin et éliminer les symptômes tels que troubles locaux et constipation. La réparation de la rectocèle peut se faire à travers la paroi postérieure du vagin, le périnée ou l'anus. Pour la réparation de la rectocèle, la suture des muscles du rectum ou la pose d'une prothèse (filet) entre le rectum et le vagin pourraient s'avérer nécessaires. Parfois, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend éviter que le rectum souffre une hernie vers le vagin, en essayant d'éliminer les symptômes tels que troubles locaux et constipation

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique efficace pour corriger la rectocèle.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. Phlébite.

Risques peu fréquents et graves : En fonction de la technique utilisée : Infection autour de l'anus. Rejet de la prothèse qui obligerait à son retrait, fistule intestinale, sténose et incontinence aux gaz et aussi aux selles, difficulté pour avoir des rapports sexuels. Reproduction de la rectocèle.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE RECTOCÈLE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE LA STÉNOSE DE L'ANUS

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que la sténose de l'anus peut être provoquée par une altération de la peau et des muscles de la zone. Les éventuelles réparations incluent une dilatation de l'anus, la section partielle du sphincter ou une greffe anale. Exceptionnellement, la construction d'un anus artificiel s'avère nécessaire pour la réparation. Parfois, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend corriger la sténose de l'anus, ce qui me permettra de déféquer plus facilement.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

On pourrait réaliser une dilatation de l'anus, mais dans votre cas, nous pensons que lorsque la sténose est importante il n'existe pas d'alternatives thérapeutiques efficaces

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Infection importante de l'anus et du périnée. Incontinence aux gaz et aussi aux selles. Persistance ou reproduction de la sténose.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE LA STÉNOSE DE L'ANUS**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE LA FISTULE ANALE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend rechercher le canal du trajet de la fistule et de tenter au moyen de sa section et sa mise à plat l'ablation de celle-ci et la pose d'un fil ou d'un élastique à travers le trajet. Parfois la réparation des sphincters de l'anus ou la pose de greffes est nécessaire. Dans le cas de fistules complexes communiquées avec d'autres organes, les deux orifices sont réparés et exceptionnellement, la construction d'un anus artificiel s'avère nécessaire. Parfois, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend éliminer le trajet et résoudre les symptômes (saignement, douleur, infection, etc.) produits par la fistule anale.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe pas d'autre procédure efficace pour la réparation de la fistule anale

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, inflammation de l'anus. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. Phlébite.

Risques peu fréquents et graves : Infection importante de l'anus et du périnée. Incontinence aux gaz et aussi aux selles. Sténose de l'anus. Reproduction de la fistule.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE LA FISTULE ANALE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE LA FISSURE ANALE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend la résection d'une partie du sphincter anal ou la réalisation d'une dilatation de celui-ci, pour qu'ensuite la fissure cicatrise. Parfois cette pathologie est associée à des hémorroïdes ou des polypes et tous ces problèmes peuvent être résolus lors de la même intervention.

Dans certains cas bien précis, cette chirurgie peut être réalisée en régime de CMA (Chirurgie Majeure Ambulatoire), ce qui permet de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend résoudre les symptômes (saignement, douleur, etc.) et permettre que la fissure anale cicatrise.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'est pas probable que vous vous amélioriez avec des médicaments, la chirurgie étant l'alternative la plus efficace pour le traitement de votre fissure anale.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, œdème de l'anus. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Infection importante de l'anus et du périnée. Incontinence aux gaz et aussi aux selles. Sténose de l'anus. Reproduction de la fissure anale.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE LA FISSURE ANALE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DES HÉMORROÏDES

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend l'ablation des hémorroïdes (dilatations veineuses proches de l'anus), à l'origine des troubles (saignement, douleur, etc). Parfois il n'est pas nécessaire de les extirper toutes et le traitement est souvent complété par des ligatures et des scléroses de groupes plus petits ou accessoires qui ne peuvent pas être extirpés.

Dans certains cas bien précis, cette chirurgie peut être réalisée en régime de CMA (Chirurgie Majeure Ambulatoire), ce qui permet de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation des hémorroïdes afin de soigner et résoudre mes symptômes (troubles, saignement, douleur, etc.)

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'est pas probable que vous vous amélioriez avec des médicaments, la chirurgie étant l'alternative la plus efficace pour le traitement de vos hémorroïdes.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, œdème de l'anus. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Infection importante de l'anus et du périnée. Incontinence aux gaz et aussi aux selles. Sténose de l'anus. Reproduction des hémorroïdes.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DES HÉMORROÏDES**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE ANALE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'intervention pour résoudre mon incontinence anale dépend de la cause qui la provoque. Si elle est due à une lésion du sphincter on réalisera une réparation de celui-ci pour essayer de récupérer sa fonctionnalité. Parfois, la lésion est plus complexe et requiert la réparation d'autres muscles qui entourent l'anus. Dans les lésions nerveuses, parfois il est nécessaire de réaliser des transpositions musculaires avec ou sans stimulation, ou d'utiliser un sphincter anal artificiel. Exceptionnellement la construction d'un anus artificiel est obligatoire. En général, il est nécessaire de réaliser une préparation préalable pour nettoyer l'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend résoudre l'incontinence ou diminuer mes troubles, en récupérant complètement ou partiellement la continence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

On peut essayer de réaliser un traitement basé sur une rééducation et des exercices anaux ou l'utilisation de méthodes mécaniques, mais dans votre cas, nous pensons que la chirurgie est la procédure la plus conseillée.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, inflammation de l'anus. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. Phlébite.

Risques peu fréquents et graves : Infection importante de l'anus et des tissus proches. Sténose de l'anus et difficulté pour déféquer. Persistance de l'incontinence.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE ANALE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DU SINUS PILONIDAL

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure, on prétend l'ablation du kyste et de tous ses trajets fistuleux. Ensuite la plaie sera fermée ou sera laissée ouverte pour des cures postérieures en fonction de son état dans le but de diminuer le risque d'infection ou sa reproduction.

Dans certains cas bien précis, cette chirurgie peut être réalisée en régime de CMA (Chirurgie Majeure Ambulatoire), ce qui permet de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du kyste et résoudre mes symptômes. ...

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique efficace pour extirper le sinus

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Reproduction du sinus.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DU SINUS PILONIDAL**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE LA VOIE BILIAIRE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie on va réaliser une exploration de la voie biliaire afin de confirmer le niveau et la cause de l'obstruction et l'ablation de la vésicule biliaire dans le cas où celle-ci n'aurait pas été effectuée au préalable. En fonction de la cause et de la localisation on réalisera un nettoyage, une ablation ou un drainage de la voie biliaire.

Dans certains cas, une chirurgie au niveau du foie, du duodénum ou du pancréas peut être associée. Si la voie biliaire devait être extirpée on la reconstruira en interposant un segment d'intestin grêle. Ces procédures entraînent dans certains cas la réalisation d'une anastomose et la pose de drains.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend résoudre ou prévenir l'obstruction ou l'infection de la voie biliaire.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, l'extraction de calculs, la pose d'une prothèse ou la dilatation de la voie biliaire peuvent être réalisées par voie endoscopique ou transhépatique mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative thérapeutique est la chirurgie, bien que l'intervention puisse se faire par chirurgie ouverte

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, troubles du rythme intestinal. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule biliaire qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui parfois requiert la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage de la bile). Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Resserrement de la vois biliaire. Cholangite (infection des conduits biliaires). Reproduction de la maladie. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En général, la vésicule biliaire sera extirpée à moins que cela n'ait été déjà fait au préalable. Il est souvent nécessaire de laisser des drains au niveau de la zone opérée ou dans la voie biliaire.

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE LA VOIE BILIAIRE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE OUVERTE DES KYSTES HÉPATIQUES

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation totale ou partielle du kyste du foie et fermer les éventuelles communications de celui-ci avec les conduits biliaires. Parfois il est nécessaire d'effectuer une procédure sur la voie biliaire (en l'extirpant ou en la dérivant à l'intestin ou à travers un tube). Parfois, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes adhérents au kyste (résection d'une partie du foie, vésicule biliaire, voie biliaire, estomac ou parties de l'intestin grêle ou gros intestin).

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation totale ou partielle du kyste en évitant sa croissance et les complications (cassure, infection,...)

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on peut considérer la possibilité de réaliser des techniques radiologiques de drainage des kystes, mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative est la chirurgie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires des digestions. Epanchement pleural. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule biliaire. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Réactions allergiques. Insuffisance hépatique.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Si une partie du foie est extirpée et que le reste du foie est sain, une régénération de celui-ci se produira.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE OUVERTE DES KYSTES HÉPATIQUES**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DES KYSTES HÉPATIQUES

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie, on prétend l'ablation totale ou partielle du kyste du foie et fermer les éventuelles communications de celui-ci avec les conduits biliaires. Parfois il est nécessaire d'effectuer une procédure sur la voie biliaire (en l'extirpant ou en la dérivant à l'intestin ou à travers un tube). Parfois, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes adhérents au kyste (résection d'une partie du foie, vésicule biliaire, voie biliaire, estomac ou parties de l'intestin grêle ou gros intestin).

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation totale ou partielle du kyste en évitant sa croissance et les complications (cassure, infection,...)

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on peut considérer la possibilité de réaliser des techniques radiologiques de drainage des kystes, mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative est la chirurgie, bien que vous puissiez être opéré par chirurgie ouverte

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires des digestions. Epanchement pleural. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule biliaire. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Réactions allergiques. Insuffisance hépatique. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Si une partie du foie est extirpée et que le reste du foie est sain, une régénération de celui-ci se produira.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DES KYSTES HÉPATIQUES**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :



CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION HÉPATIQUE PAR CHIRURGIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation d'une partie du foie malade. En fonction de la localisation de la maladie, il faudra peut-être extirper la vésicule biliaire ou étendre la résection à d'autres organes voisins affectés. Si la voie biliaire principale est extirpée il sera nécessaire de la reconstruire au moyen d'une suture avec un segment d'intestin.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation d'une partie du foie malade, en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, infection biliaire ou hépatique,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on peut considérer la possibilité de réaliser d'autres traitements (chimiothérapie, radiofréquence) mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative est la chirurgie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires des digestions. Epanchement pleural. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule biliaire. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Insuffisance hépatique.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Vous allez subir l'ablation d'une partie du foie, mais si le reste du foie est sain, une régénération de celui-ci se produira...

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION HÉPATIQUE PAR CHIRURGIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION HÉPATIQUE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie, on prétend l'ablation d'une partie du foie malade. En fonction de la localisation de la maladie, il faudra peut-être extirper la vésicule biliaire ou étendre la résection à d'autres organes voisins affectés. Si la voie biliaire principale est extirpée il sera nécessaire de la reconstruire au moyen d'une suture avec un segment d'intestin.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation d'une partie du foie malade, en évitant les complications dérivées de celle-ci (saignement, infection biliaire ou hépatique,...) ce qui requerrait une intervention d'urgence...

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on peut considérer la possibilité de réaliser d'autres traitements (chimiothérapie, radiofréquence) mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative est la chirurgie, bien que vous puissiez être opéré par chirurgie ouverte

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires des digestions. Epanchement pleural. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Fistule biliaire. Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Insuffisance hépatique. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Vous allez subir l'ablation d'une partie du foie, mais si le reste du foie est sain, une régénération de celui-ci se produira...

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure **(RÉSECTION HÉPATIQUE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE)** à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

.....

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DE L'HYPERTENSION PORTALE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend dévier une partie du sang qui arrive au foie par la veine porte ou à une de ses ramifications ou interrompre la circulation sur une portion de l'appareil digestif où se trouvent les veines dilatées. Parfois il est nécessaire d'extirper la rate.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Au moyen de cette procédure on prétend la diminution de la pression sanguine à l'entrée du foie, en diminuant et en évitant mes symptômes tels que saignement par la bouche, ascite

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, on peut considérer la possibilité de réaliser d'autres traitements (chimiothérapie, radiofréquence) mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative est la chirurgie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires des digestions. Epanchement pleural. Ascite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Insuffisance ou coma hépatique. Saignement par voie digestive.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Cette chirurgie ne guérit pas la maladie du foie mais tente de contrôler ses symptômes, par conséquent, les complications dérivées de la maladie hépatique peuvent persister (encéphalopathie, ascite, jaunisse, insuffisance hépatique ou rénale)

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE DE L'HYPERTENSION PORTALE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHOLÉCYSTECTOMIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation de la vésicule biliaire. Parfois il s'avère nécessaire de réaliser une radiographie intraopératoire avec un liquide de contraste pour écarter la présence de calculs dans les voies biliaires, de façon à étendre la chirurgie, s'ils étaient présents et nettoyer ces calculs. La dérivation de la voie biliaire ou l'agrandissement de la sortie du conduit biliaire (sphinctérotomie) pouvant être nécessaires.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend faire disparaître les douleurs coliques, améliorer la tolérance aux aliments, éviter les complications telles qu'inflammation aigue de la vésicule biliaire, du pancréas et/ou jaunisse, ce qui souvent requiert une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe aucune alternative efficace de traitement pour votre maladie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, rétention d'urine, phlébite, troubles temporaires des digestions. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Rétrécissement de la voie biliaire. Fistule biliaire avec une sécrétion de bile ce qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.), mais qui parfois requiert la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage de la bile). Saignement ou infection intraabdominale. Fistule intestinale. Cholangite. Jaunisse. Pancréatite. Cholédocolithiase.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Lors de cette intervention, vous allez être soumis à l'ablation de la vésicule biliaire.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHOLÉCYSTECTOMIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médicale.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHOLÉCYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie, on prétend l'ablation de la vésicule biliaire. La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle.

Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie).

Parfois il s'avère nécessaire de réaliser une radiographie intraopératoire avec un liquide de contraste pour écarter la présence de calculs dans les voies biliaires, de façon à étendre la chirurgie, s'ils étaient présents et nettoyer ces calculs. La dérivation de la voie biliaire ou l'agrandissement de la sortie du conduit biliaire (sphinctérotomie) pouvant être nécessaires.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend faire disparaître les douleurs coliques, améliorer la tolérance aux aliments, éviter les complications telles qu'inflammation aigüe de la vésicule biliaire, du pancréas et/ou jaunisse, ce qui souvent requiert une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons qu'il n'existe aucune alternative efficace de traitement pour votre maladie, bien que l'intervention pourrait être réalisée par chirurgie ouverte.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, rétention d'urine, phlébite, troubles temporaires des digestions. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Rétrécissement de la voie biliaire. Fistule biliaire avec une sortie de bile ce qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.), mais qui parfois requiert la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage de la bile). Saignement ou infection intraabdominale. Fistule intestinale. Cholangite. Jaunisse. Pancréatite. Cholédocolithiase. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie. Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Lors de cette intervention, vous allez être soumis à l'ablation de la vésicule biliaire.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHOLÉCYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE OUVERTE DE LA VOIE BILIAIRE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique on va réaliser une exploration de la voie biliaire afin de confirmer le niveau et la cause de l'obstruction et l'ablation de la vésicule biliaire dans le cas où celle-ci n'aurait pas été effectuée au préalable. En fonction de la cause et de la localisation on réalisera un nettoyage, une ablation ou un drainage de la voie biliaire. Dans certains cas, une chirurgie au niveau du foie, du duodénum ou du pancréas peut être associée. Si la voie biliaire devait être extirpée on la reconstruira en interposant un segment d'intestin grêle. Ces procédures entraînent dans certains cas la réalisation d'une anastomose et la pose de drains.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a informé qu'au moyen de cette procédure on prétend résoudre ou prévenir l'obstruction ou l'infection de la voie biliaire.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans certains cas, l'extraction de calculs, la pose d'une prothèse ou la dilatation de la voie biliaire peuvent être réalisées par voie endoscopique ou transhépatique mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative thérapeutique est la chirurgie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie, rétention aiguë d'urine, phlébite, troubles du rythme intestinal. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule biliaire qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui parfois requiert la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage de la bile). Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Resserrement de la vois biliaire. Cholangite (infection des conduits biliaires). Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

En général, la vésicule biliaire sera extirpée à moins que cela n'ait été déjà fait au préalable. Si la voie biliaire est extirpée il faudra réaliser une anastomose et poser des drains.

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE OUVERTE DE LA VOIE BILIAIRE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION PANCRÉATIQUE PAR CHIRURGIE OUVERTE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen, on prétend l'ablation totale ou partielle du pancréas. En fonction de la localisation de la maladie, parfois il peut s'avérer nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes (vésicule biliaire, voie biliaire, duodénum, estomac, rate ou autres organes voisins). Ensuite il faudra reconstruire le tube digestif au moyen de sutures.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du pancréas malade et prévenir les complications (saignement, perforation, obstruction, fistule, jaunisse...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

L'alternative serait la pose d'une prothèse par voie endoscopique ou radiologique mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative thérapeutique est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires ou définitifs des digestions. Diabète requérant de l'insuline ou des antidiabétiques oraux. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Fistule avec sécrétion de jus pancréatique, bile ou contenu intestinal. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Reproduction de la maladie.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Si le pancréas est extirpé en entier il y aura un déficit endocrinien et exocrine qui requerra un traitement substitutif (insuline et enzymes pancréatiques). Si l'ablation du pancréas est partielle, le traitement substitutif ne sera pas nécessaire dans tous les cas.

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION PANCRÉATIQUE PAR CHIRURGIE OUVERTE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR RÉSECTION PANCRÉATIQUE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :
Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**
Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de la laparoscopie, on prétend l'ablation totale ou partielle du pancréas. En fonction de la localisation de la maladie, parfois il peut s'avérer nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes (vésicule biliaire, voie biliaire, duodénum, estomac, rate ou autres organes voisins). Ensuite il faudra reconstruire le tube digestif au moyen de sutures.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation du pancréas malade et prévenir les complications (saignement, perforation, obstruction, fistule, jaunisse...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

L'alternative serait la pose d'une prothèse par voie endoscopique ou radiologique mais dans votre cas, nous pensons que la meilleure alternative thérapeutique est la chirurgie, l'intervention pourrait être réalisée par chirurgie ouverte.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires ou définitifs des digestions. Diabète requérant de l'insuline ou des antidiabétiques oraux. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Fistule avec sécrétion de jus pancréatique, bile ou contenu intestinal. Inflammation du pancréas (pancréatite). Cholangite (infection des conduits biliaires). Jaunisse. Reproduction de la maladie. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), et parfois la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage) s'avère nécessaire, mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Si le pancréas est extirpé en entier il y aura un déficit endocrinien et exocrine qui requerra un traitement substitutif (insuline et enzymes pancréatiques). Si l'ablation du pancréas est partielle, le traitement substitutif ne sera pas nécessaire dans tous les cas.

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**RÉSECTION PANCRÉATIQUE PAR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR DÉRIVATION PANCRÉATIQUE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette technique, on prétend dériver les sécrétions du pancréas à un segment du tube digestif (estomac ou intestin grêle) en suturant les deux structures. Cette chirurgie est réalisée moyennant une incision au niveau de l'abdomen. Parfois cette procédure est accompagnée d'une dérivation de la voie biliaire principale et de l'ablation de la vésicule biliaire et dans certains cas de l'ablation d'autres organes affectés. Ensuite il faudra reconstruire le tube digestif au moyen de sutures.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend résoudre ou apaiser mes symptômes et éviter les complications (saignement, jaunisse, douleur, obstruction ...) ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans votre cas, nous pensons que l'alternative la plus efficace est la chirurgie

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection ou saignement de la plaie chirurgicale, phlébite, troubles temporaires ou définitifs des digestions. Diabète requérant de l'insuline ou des antidiabétiques oraux. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule intestinale, biliaire ou pancréatique qui dans la plupart des cas disparaît avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc.) mais qui parfois requiert la réalisation d'autres tests (CPRE et/ou drainage de la bile). Saignement ou infection intraabdominale. Obstruction intestinale. Inflammation du pancréas (pancréatite). Jaunisse. Cholangite (infection des conduits biliaires).

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

Après la chirurgie du pancréas vous risquez d'avoir un déficit endocrinien et/ou exocrine ce qui pourrait requérir un traitement substitutif (insuline et enzymes pancréatiques).

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**DÉRIVATION PANCRÉATIQUE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE OUVERTE DE LA HERNIE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que la hernie est un défaut de la paroi abdominale, où parfois fuit un viscère ou un organe. L'opération consiste à la réalisation d'une incision au niveau de la hernie pour repositionner le contenu et réparer le défaut. Parfois, pour assurer une réparation sûre, il est nécessaire de poser une prothèse (filet).

Dans certains cas bien précis, cette chirurgie peut être réalisée en régime de CMA (Chirurgie Majeure Ambulatoire), ce qui permet de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend réparer le défaut de la paroi abdominale en évitant la croissance de la hernie, les troubles que cela provoque et l'éventuelle étranglement de celle-ci ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

La seule alternative efficace pour corriger la hernie est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection, saignement ou collection de liquide sur la plaie chirurgicale. Phlébite. Rétention aiguë d'urine. Hématome. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Douleur post-opératoire prolongée pour une affection nerveuse. Rejet du filet. Reproduction de la hernie. Dans les hernies inguinales : inflammation et atrophie testiculaire. Lésion vasculaire.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE OUVERTE DE LA HERNIE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE LA HERNIE

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que la hernie est un défaut de la paroi abdominale, où parfois fuit un viscère ou un organe. L'opération consiste à la réalisation d'une incision au niveau de la hernie pour repositionner le contenu et réparer le défaut. Parfois, pour assurer une réparation sûre, il est nécessaire de poser une prothèse (filet).

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Dans certains cas bien précis, cette chirurgie peut être réalisée en régime de CMA (Chirurgie Majeure Ambulatoire), ce qui permet de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend réparer le défaut de la paroi abdominale en évitant la croissance de la hernie, les troubles que cela provoque et l'éventuelle étranglement de celle-ci ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

La seule alternative efficace pour corriger la hernie est la chirurgie, bien que l'intervention pourrait être réalisée par chirurgie ouverte.

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection, saignement ou collection de liquide sur la plaie chirurgicale. Phlébite. Rétention aiguë d'urine. Hématome. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Douleur post-opératoire prolongée pour une affection nerveuse. Rejet du filet. Reproduction de la hernie. Dans les hernies inguinales : inflammation et atrophie testiculaire. Lésion vasculaire. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE LA HERNIE**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE OUVERTE DE L'ÉVENTRATION

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'éventration est un défaut de la paroi abdominale, sur une zone opérée au préalable et à travers laquelle ressortent une ou plusieurs viscères abdominaux couverts par la peau. L'opération consiste à réparer le défaut en renforçant la paroi abdominale en posant, dans la plupart des cas, une prothèse (filet). Parfois la résection d'un organe voisin affecté s'avère nécessaire.

Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend réparer le défaut de la paroi abdominale en évitant son augmentation progressive et en éliminant le risque d'étranglement ce qui requerrait une intervention d'urgence.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

La seule alternative efficace pour corriger l'éventration est la chirurgie.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection, saignement ou collection de liquide sur la plaie chirurgicale. Phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Obstruction intestinale. Dans le cas de personnes obèses ou avec des problèmes pulmonaires, des maladies respiratoires pourraient se présenter ou s'aggraver. Rejet du filet. Reproduction de l'éventration.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE OUVERTE DE L'ÉVENTRATION**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE L'ÉVENTRATION

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom du patient : N° historique :

Nom et prénom du représentant (s'il y a lieu) :

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je souhaite être informé sur ma maladie et sur l'intervention à laquelle je vais être soumis/e : **OUI** **NON**

Je souhaite que l'information concernant ma maladie et l'intervention soit fournie à :

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'éventration est un défaut de la paroi abdominale, sur une zone opérée au préalable et à travers laquelle ressortent une ou plusieurs viscères abdominaux couverts par la peau. L'opération consiste à réparer le défaut en renforçant la paroi abdominale en posant, dans la plupart des cas, une prothèse (filet). Parfois la résection d'un organe voisin affecté s'avère nécessaire.

La laparoscopie consiste à pratiquer quelques petites incisions au niveau de l'abdomen en y introduisant des trocarts qui permettent d'insuffler du gaz dans la cavité abdominale et d'opérer avec des instruments chirurgicaux spéciaux. La technique chirurgicale n'est pas différente de celle habituelle. Dans les cas où, dû à des trouvailles intraopératoires, il était techniquement impossible de conclure la chirurgie par cette voie on procèdera à une chirurgie ouverte (laparotomie). Il se pourrait que lors de la chirurgie il soit nécessaire, dans le but de fournir le meilleur traitement, de réaliser des modifications de la procédure à cause des découvertes intraopératoires.

La procédure requiert une anesthésie, dont vous serez informé des risques par l'anesthésiologue et il est possible que l'utilisation de sang et/ou d'hémodérivés soit nécessaire pendant ou après l'intervention.

Une partie des tissus obtenus pourrait être utilisée dans un but scientifique, jamais commercial, à moins que je ne m'y oppose.

Mon intervention pourrait être filmée dans un but scientifique ou didactique, à moins que je ne m'y oppose.

AVANTAGES DE LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend réparer le défaut de la paroi abdominale en évitant son augmentation progressive et en éliminant le risque d'étranglement ce qui requerrait une intervention d'urgence.

La laparoscopie prétend éviter une plus grande incision. Les incisions étant plus petites, le risque d'hernies post-opératoires diminue. La douleur post-opératoire est en général plus légère, normalement le rétablissement du transit intestinal est plus rapide et la période de convalescence postopératoire est plus courte et confortable.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

La seule alternative efficace pour corriger l'éventration est la chirurgie, bien que l'intervention pourrait être réalisée par chirurgie ouverte.....

RISQUES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DE LA PROCÉDURE

Je comprends que malgré le bon choix de la technique et de sa bonne réalisation, des effets indésirables pourraient se présenter, que ce soit des effets communs dérivés de toute intervention pouvant affecter les organes et systèmes que d'autres plus particuliers à cette procédure tels que :

Risques peu graves et fréquents : Infection, saignement ou collection de liquide sur la plaie chirurgicale. Phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer une extension du gaz au tissu sous-cutané ou autres zones et des douleurs référées, en général à l'épaule.

Risques peu fréquents et graves : Obstruction intestinale. Dans le cas de personnes obèses ou avec des problèmes pulmonaires, des maladies respiratoires pourraient se présenter ou s'aggraver. Rejet du filet. Reproduction de l'éventration. La chirurgie laparoscopique pourrait provoquer des lésions vasculaires, des lésions d'organes voisins, une embolie gazeuse et un pneumothorax.

Dans la plupart des cas ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, etc...), mais elles peuvent nécessiter une réintervention, en général d'urgence, et exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE :

.....

SOUHAITEZ-VOUS RÉALISER UNE DÉCLARATION EN RELATION AVEC L'INTERVENTION ? :

.....

Déclarations et signatures :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE DÉCLARE : Que j'ai été informé/e à l'avance et de manière satisfaisante par le médecin, de la procédure (**CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE L'ÉVENTRATION**) à laquelle je vais être soumis/e ainsi que des éventuels risques et complications.

- Que je connais et assume les risques et/ou séquelles qui pourraient éventuellement se produire dérivés de l'acte chirurgical proprement dit, de la localisation de la lésion ou des complications de l'intervention bien que les médecins utilisent tous les moyens à leur disposition.
- Que j'ai lu et compris ce document. Je suis satisfait/e de l'information reçue, j'ai formulé toutes les questions que j'ai considérées convenables et j'ai reçu des explications concernant tous mes doutes.
- Que j'ai été informé/e de la possibilité d'utiliser la procédure pour un projet didactique ou de recherche scientifique sans que cela n'implique pour autant un risque additionnel pour ma santé.
- Je comprends aussi qu'à tout moment et sans avoir besoin de donner d'explications, je peux révoquer le consentement que je donne ici, simplement en le communiquant à l'équipe médical.

Signature du médecin qui informe

Signature du patient

Dr./Dresse. : M./Mme. :

N° Corporatif :

Date :

M./Mme. : N° Carte d'identité :
en qualité de à cause de je donne mon
consentement à la réalisation de la procédure proposée.

Signature du représentant

Date :

Révocation du consentement :

M./Mme. : N° Carte d'identité :

JE RÉVOQUE le consentement donné ci-dessus pour la réalisation de cette procédure par ma propre volonté et assume les conséquences dérivées de cela lors de l'évolution de la maladie que je souffre / que souffre le patient.

Signature du patient

Signature du représentant

Date :
