

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE OUVERTE ANTI-REFLUX

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 empêcher que l'acide de l'estomac ne passe à l'œsophage et éviter de cette manière l'irritation de celui-ci. La technique consiste à construire un manchon avec l'estomac prenant l'œsophage sur toute sa circonférence ou sur une partie seulement et en le situant sous le diaphragme. En cas d'une hernie hiatale associée, celle-ci sera également réparée ce qui dans certains cas pourrait demander la pose d'un matériel synthétique (filet) pour couvrir le défaut herniaire. La procédure peut être réalisée au moyen d'une incision au niveau de l'abdomen ou du thorax selon les cas.

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 éviter les symptômes produits par l'action de l'acide sur l'œsophage et prévenir ses complications telles qu'une sténose et une éventuelle évolution maligne.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'alternative à l'intervention chirurgicale consiste à continuer le traitement médical actuel de manière indéfinie mais que dans mon cas particulier, on a considéré que celui-ci était le traitement le plus efficace.

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. Difficulté pour éructer, difficulté transitoire pour avaler. 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. Perforation de viscères. Sténose. Difficulté importante pour avaler. 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 (**CHIRURGIE OUVERTE ANTI-REFLUX**) 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 ANTI-REFLUX

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 empêcher que l'acide de l'estomac ne passe à l'œsophage et éviter de cette manière l'irritation de celui-ci. La technique consiste à construire un manchon avec l'estomac prenant l'oesophage sur toute sa circonférence ou sur une partie seulement et en le situant sous le diaphragme. En cas d'une hernie hiatale associée, celle-ci sera également réparée ce qui dans certains cas pourrait demander la pose d'un matériel synthétique (filet) pour couvrir le défaut herniaire.

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 éviter les symptômes produits par l'action de l'acide sur l'œsophage et prévenir ses complications telles qu'une sténose et une éventuelle évolution maligne.....

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

Le chirurgien m'a expliqué que l'alternative à l'intervention chirurgicale consiste à continuer le traitement médical actuel de manière indéfinie mais que dans mon cas particulier, on a considéré que celui-ci était le traitement le plus efficace. La procédure 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 chirurgicale, phlébite. Difficulté pour éructer, difficulté transitoire pour avaler. 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. Perforation de viscères. Sténose. Difficulté importante pour avaler. Reproduction du reflux gastro-oesophagique. 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 :

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 ANTI-REFLUX**) 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 CHIRURGIE OUVERTE
DES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS**

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 résoudre ma maladie, provoquée par une altération des mouvements de contraction de l'œsophage. Cette altération provoque des dilatations de tout l'œsophage ou d'une partie, et parfois la formation, à différents emplacements de l'œsophage, de sacs appelés diverticules. L'intervention chirurgicale varie en fonction du trouble spécifique et consiste en la section d'une partie de la couche musculaire de l'œsophage, en la dilatation localisée de l'œsophage et en cas nécessaire, en l'ablation associée aux diverticules. En fonction de la zone altérée l'intervention se fera à travers le cou, le thorax ou l'abdomen.

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 éviter les symptômes produits par l'action de l'acide sur l'œsophage et prévenir ses complications telles qu'une sténose et une éventuelle évolution maligne.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que, dans mon cas particulier et étant donné l'évolution de ma maladie, il n'existe pas d'alternative de traitement efficace.....

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 aiguë d'urine, phlébite, difficulté transitoire pour avaler, aigreurs. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule pour défaut de cicatrisation de la suture. Altérations de la voix (rarement définitives), stricture oesophagienne. Saignement ou infection intraabdominale. Reflux gastro-oesophagique et récurrence 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 (**CHIRURGIE OUVERTE DES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS**) 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 TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS**

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 résoudre ma maladie, provoquée par une altération des mouvements de contraction de l'œsophage. Cette altération provoque des dilatations de tout l'œsophage ou d'une partie, et parfois la formation, à différents emplacements de l'œsophage, de sacs appelés diverticules. L'intervention chirurgicale varie en fonction du trouble spécifique et consiste en la section d'une partie de la couche musculaire de l'œsophage, en la dilatation localisée de l'œsophage et en cas nécessaire, en l'ablation associée aux diverticules. En fonction de la zone altérée l'intervention se fera à travers le cou, le thorax ou l'abdomen.

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 éviter les symptômes produits par l'action de l'acide sur l'œsophage et prévenir ses complications telles qu'une sténose et une éventuelle évolution maligne.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'alternative à l'intervention chirurgicale consiste à continuer le traitement médical actuel de manière indéfinie mais que dans mon cas particulier, on a considéré que celui-ci était le traitement le plus efficace.....

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. Difficulté pour éructer, difficulté transitoire pour avaler. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Saignement ou infection intraabdominale. Perforation de viscères. Sténose. Difficulté importante pour avaler. Reproduction du reflux gastro-oesophagique.

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 DES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS**) 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 TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA MALADIE ULCÉREUSE**

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 réguler la sécrétion d'acides gastriques, étant à l'origine de l'ulcère que je souffre, ainsi que traiter les éventuelles complications provoquées par l'ulcère, tels que rétrécissement de la sortie de l'estomac ou épisodes réitérés d'hémorragie. La chirurgie consiste, selon l'atteinte de l'estomac et du duodénum, en la section des nerfs gastriques seule ou associée à un agrandissement de la sortie de l'estomac, moyennant la section et la suture de celle-ci. Dans certains cas, il faut extirper une partie de l'estomac.

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 éviter les symptômes produits par l'action de l'acide sur l'œsophage et prévenir ses complications telles qu'une sténose et une éventuelle évolution maligne.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que l'alternative à l'intervention chirurgicale consiste à continuer le traitement médical actuel de manière indéfinie mais que dans mon cas particulier, on a considéré que celui-ci était le traitement le plus efficace.....

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. Difficulté pour éructer, difficulté transitoire pour avaler. 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. Perforation de viscères. Sténose. Difficulté importante pour avaler. Reproduction du reflux gastro-oesophagique.

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 (**TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE ULCÉREUSE**) 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'ESTOMAC

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 partielle ou complète de l'estomac, en fonction du degré d'atteinte. Ensuite on reconstruira la continuité du tube digestif moyennant la suture de l'œsophage ou l'estomac résiduel cousu sur anse déviée de l'intestin grêle. Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes abdominaux, tels que la rate ou la queue du pancréas.

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 d'une partie de l'estomac malade qui provoque les symptômes et éviter ses complications (saignement, perforation, obstruction)

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que, dans mon cas particulier, il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de ma 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, phlébite. Récupération plus lente de la motilité intestinale. Vomissements. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Déhiscence de la laparotomie (ouverture de la plaie). Fistule ou sténose pour défaut de cicatrisation de la suture intestinale. Altérations de l'état nutritionnel qui sont habituellement corrigés par des compléments diététiques. Saignement ou infection intraabdominale. 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 (**CHIRURGIE OUVERTE DE L'ESTOMAC**) 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'ESTOMAC

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 partielle ou complète de l'estomac, en fonction du degré d'atteinte. Ensuite on reconstruira la continuité du tube digestif moyennant la suture de l'œsophage ou l'estomac résiduel cousu sur anse déviée de l'intestin grêle. Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes abdominaux, tels que la rate ou la queue du pancréas.

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 d'une partie de l'estomac malade qui provoque les symptômes et éviter ses complications (saignement, perforation, obstruction)

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

Le chirurgien m'a expliqué que je peux être opéré par chirurgie ouverte mais que, dans mon cas particulier, il n'existe pas d'alternative efficace à 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 des plaies, phlébite. Récupération plus lente de la motilité intestinale. Vomissements. 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 ou sténose pour défaut de cicatrisation de la suture intestinale. Altérations de l'état nutritionnel qui sont habituellement corrigés par des compléments diététiques. Saignement ou infection intraabdominale. 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 :

.....

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'ESTOMAC**) 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 DE L'ŒSOPHAGE

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 partielle ou complète de l'œsophage altéré par la maladie. La voie d'abord sera à travers le cou, le thorax ou l'abdomen et souvent, les trois voies sont combinées. Pour la reconstruction de la continuité du tube digestif on utilisera l'estomac ou une partie de l'intestin, en fonction de la localisation de la maladie. En général, pendant le postopératoire l'alimentation se fera par voie intraveineuse ou entérale (par sonde). Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'étendre l'ablation à d'autres organes abdominaux, tels que l'estomac ou 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

Le chirurgien m'a expliqué qu'au moyen de cette procédure on prétend l'ablation d'une partie de l'estomac malade qui provoque les symptômes et éviter ses complications (saignement, perforation, obstruction)

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Le chirurgien m'a expliqué que, dans mon cas particulier, il n'existe pas d'alternative efficace pour le traitement de ma 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, phlébite. Difficulté transitoire pour avaler, altération transitoire de la voix, troubles digestifs (diarrhée, vomissements, etc. ...). 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. Fistule ou sténose pour défaut de cicatrisation de la suture, complications pleuropulmonaires, lésion du nerf récurrent (altération de la voix), lésion du conduit lymphatique. Récidive 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 (**RÉSECTION DE L'ŒSOPHAGE**) 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 :
