

CONSENTEMENT INFORMÉ POUR CHIRURGIE DES GLANDES PARATHYROÏDES

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 soumise : **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 du cou, on prétend l'ablation totale ou partielle des glandes parathyroïdes (une ou toutes). Dans certains cas, si cela est indiqué et si l'ablation est complète, il est possible de considérer une autogreffe glandulaire ou une cryopréservation. Dans d'autres cas, en fonction de la localisation des glandes parathyroïdes, il est nécessaire d'extirper une partie de la glande thyroïde. Dans certains cas, peu fréquents, il s'avère impossible de localiser toutes les glandes et une deuxième intervention devient 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 informé, qu'au moyen de cette procédure on prétend éviter les problèmes que l'augmentation excessive de volume d'une ou de plusieurs glandes parathyroïdes pourraient représenter pour mon organisme. On prétend également contrôler les niveaux hormonaux et vérifier si d'autres organes voisins et à distance ont été éventuellement affectés.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Il est possible de contrôler l'altération hormonale à l'aide d'un traitement médical à durée indéterminée mais cela ne peut pas être possible en ce qui concerne l'augmentation de volume de la glande ni, le cas échéant, les éventuelles complications affectant d'autres organes voisins ou à distance. Dans mon cas particulier, on a considéré que celui-ci est le traitement le plus approprié et qu'il n'existe pas d'alternative 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Crampes et fourmillements transitoires au niveau des mains qui passent avec un traitement. Altérations transitoires de la voix. Altérations transitoires de la déglutition. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Hématomes importants du cou. Altérations permanentes de la voix. Altérations permanentes des parathyroïdes. 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 rarement elles requièrent la réalisation d'une trachéotomie. Exceptionnellement cela peut provoquer la mort.

RISQUES PERSONNALISÉS ET AUTRES CIRCONSTANCES :

.....

CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE

Moyennant cette chirurgie vous allez être soumis à l'ablation des glandes thyroïdes et dans certains cas la chirurgie=ablation implique la réalisation d'un traitement médical.....

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 GLANDES PARATHYROIDES**) 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 L'EXÉRÈSE D'UN KYSTE DU TRACTUS THYRÉOGLOSSE

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 soumise : **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 du cou, on prétend l'ablation totale du conduit thyroïdien, qui est une malformation congénitale formée par du tissu de la glande thyroïde pendant son développement embryonnaire. Parfois, pour son ablation totale il est nécessaire d'extirper une portion de l'os hyoïde.

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 les problèmes que la persistance de ce conduit pourrait représenter, tels que douleur, suppuration, mal à avaler, etc.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, on a considéré qu'actuellement celui-ci est le traitement le plus approprié et qu'il n'existe pas d'alternative 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Altérations transitoires de la déglutition. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Hématomes importants du cou. Reproduction du kyste.

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 (**EXÉRÈSE D'UN KYSTE DU TRACTUS THYRÉOGLOSSE**) 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 UNE BIOPSIE-ABLATION D'UNE TUMEUR CERVICALE

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 soumise : **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 du cou, on prétend le prélèvement d'un échantillon ou, si possible, l'ablation de la tumeur que j'ai au cou. La procédure se fera moyennant une petite incision au niveau du cou, en général sur la tumeur. Dans certains cas, 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 la réalisation d'une étude anatomopathologique afin d'essayer de diagnostiquer la cause de cette tumeur en facilitant l'éventuel traitement.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, on a considéré qu'actuellement celui-ci est le traitement le plus approprié et qu'il n'existe pas d'alternative 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Altérations transitoires de la voix. Altérations transitoires de la déglutition. Phlébite. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Hématomes importants du cou. Altérations permanentes de la voix. Infection importante du cou. 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 (**BIOPSIE-ABLATION D'UNE TUMEUR CERVICALE**) 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 UNE MASTECTOMIE RADICALE

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 soumise : **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, je vais subir l'ablation d'un sein et des ganglions de l'aisselle du même côté. Parfois le muscle pectoral mineur doit être extirpé aussi et plus rarement le muscle pectoral majeur.

Parfois il est nécessaire de poser une prothèse dans la zone opérée qui facilitera la future reconstruction esthétique. Dans certains cas, si cela est indiqué, il est possible de réaliser une reconstruction immédiate pour améliorer les résultats esthétiques.

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 sein malade en évitant son extension aux tissus voisins et à distance

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, on a considéré que celle-ci était l'alternative la plus efficace. Dans certains cas, lorsqu'une résection chirurgicale n'est pas acceptée, on peut considérer la possibilité d'appliquer des traitements palliatifs tels que la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie ou une combinaison de celles-ci.....

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 altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Œdème transitoire du bras. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Inflammation grave des lymphatiques du bras. Reproduction de la maladie. Saignement important. Difficulté de mouvement de l'épaule et du bras dû à une lésion des nerfs de la zone.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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

L'ablation du sein changera l'anatomie de la zone.

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 (**MASTECTOMIE RADICALE**) 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 UNE MASTECTOMIE SOUS-CUTANEE

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 soumise : **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 totale ou d'une grande partie du tissu mammaire, en conservant la peau et parfois la zone de l'aréole - téton.

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.

Parfois, si cela est indiqué, il est possible de poser une prothèse dans la zone opérée qui facilitera la future reconstruction esthétique.

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 totale ou d'une grande partie du tissu mammaire afin de diminuer le risque de maladies futures ou de diminuer sa taille

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, on a considéré que celle-ci était l'alternative la 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Altération de l'anatomie du sein. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Reproduction de la maladie. Saignement important. Nécrose de la peau et de la zone de l'aréole - téton.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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

Dans certains cas cette intervention produit une altération de l'anatomie du sein.

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 (**MASTECTOMIE SOUS-CUTANÉE**) 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 CONSERVATRICE DU SEIN

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 soumise : **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 de la lésion du sein avec une marge de tissu sain et des ganglions de l'aisselle du même côté. Pendant la chirurgie on réalisera une étude anatomopathologique qui évaluera les marges de résection. Par conséquent, en fonction de ces résultats s'ils sont affectés par la maladie il est possible que l'ablation de tout le sein soit nécessaire lors de la même intervention ou dans une réintervention postérieure.

En cas d'ablation totale du sein, parfois il est possible de poser une prothèse dans la zone opérée qui facilitera la future reconstruction esthétique.

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 ma lésion en évitant son extension aux tissus voisins et à distance

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, on a considéré que celle-ci était l'alternative la plus efficace. L'ablation de tout le sein est une alternative. Dans certains cas, lorsqu'une résection chirurgicale n'est pas acceptée, on peut considérer la possibilité d'appliquer des traitements palliatifs tels que la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie ou une combinaison de celles-ci.....

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 altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Œdème transitoire du bras. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée et difficulté transitoire de mouvement du bras.

Risques peu fréquents et graves : Inflammation grave des lymphatiques du bras. Saignement important. Difficulté de mouvement de l'épaule et du bras. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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

Dans certains cas cette intervention produit une altération de l'anatomie du sein..

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 CONSERVATRICE DU SEIN**) 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 UNE TUMORECTOMIE DU SEIN

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 soumise : **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 de la lésion du sein. Le résultat de l'étude anatomopathologique intra ou postopératoire peut indiquer le besoin d'étendre la résection aux ganglions de l'aisselle et/ou à tout ou une partie du sein.

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.

En cas d'ablation totale du sein, parfois il est possible de poser une prothèse dans la zone opérée qui facilitera la future reconstruction esthétique.

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'extirpation de ma lésion de sein pour son étude anatomopathologique et éviter qu'elle se développe davantage.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, étant donné qu'il est nécessaire d'établir un diagnostic exact, on a considéré que celle-ci était l'alternative la 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Œdème transitoire du bras. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Inflammation grave des lymphatiques du bras. Saignement important. Difficulté de mouvement de l'épaule et du bras. Reproduction de la maladie.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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

Dans certains cas cette intervention produit une altération de l'anatomie du sein..

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 (TUMORECTOMIE DU SEIN) 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 UNE BIOPSIE DE SEIN AVEC ANCRAGE

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 soumise : **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 le repérage de la lésion existante dans le sein sous contrôle radiologique, en la marquant à l'aide d'un harpon qui permet l'ancrage dans le tissu mammaire. Ultérieurement le chirurgien l'extirpe en salle d'opération et s'assure à l'aide des radiographies que la résection a été complète.

Le résultat de l'étude anatomopathologique intra ou postopératoire peut indiquer le besoin d'étendre la résection aux ganglions de l'aisselle et/ou à tout ou une partie du sein.

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.

En cas d'ablation totale du sein, parfois il est possible de poser une prothèse dans la zone opérée qui facilitera la future reconstruction esthétique.

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'extirpation de ma lésion de sein pour son étude anatomopathologique et éviter qu'elle se développe davantage.

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, étant donné qu'il est nécessaire d'établir un diagnostic exact, on a considéré que celle-ci était l'alternative la 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, saignement ou altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Œdème transitoire du bras. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Diminution du volume du sein. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Inflammation grave des lymphatiques du bras. Reproduction de la maladie. Saignement important. Difficulté de mouvement de l'épaule et du bras.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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

Dans certains cas cette intervention produit une altération de l'anatomie du sein..

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 (**BIOPSIE DE SEIN AVEC ANCRAGE**) 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 UNE LYMPHADENECTOMIE AXILLAIRE

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 soumise : **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'exérèse complète des ganglions lymphatiques de l'aisselle afin de réaliser une étude complète anatomopathologique.

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'extirpation des ganglions lymphatiques de l'aisselle afin de réaliser une étude complète anatomopathologique, en essayant d'éviter la propagation de la maladie aux tissus voisins ou à distance.....

ALTERNATIVES À LA PROCÉDURE

Dans mon cas particulier, étant donné qu'il est nécessaire d'établir un diagnostic exact, on a considéré que celle-ci était l'alternative la plus efficace. Dans certains cas, lorsqu'une résection chirurgicale n'est pas acceptée, on peut considérer la possibilité d'appliquer des traitements palliatifs tels que la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie ou une combinaison de celles-ci.....

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 altérations de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Collection de liquide dans la plaie. Phlébite. Œdème transitoire du bras. Altérations de la sensibilité autour de la plaie. Douleur prolongée au niveau de la zone opérée.

Risques peu fréquents et graves : Inflammation grave des lymphatiques du bras. Reproduction de la maladie. Saignement important. Difficulté de mouvement de l'épaule et du bras dû à une lésion des nerfs de la zone.

Ces complications disparaissent en général avec un traitement médical (médicaments, sérums, kinésithérapie, 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 (LYMPHADENECTOMIE AXILLAIRE) 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 :