

Protocole d'information et formulaire de consentement

Nom: _____ **Prénom:** _____ **Date de naissance:** _____

Madame,

Les explications suivantes ont pour but de vous informer et non de vous inquiéter. Elles ne constituent qu'une partie de l'information. L'intervention prévue fera l'objet d'un entretien personnel avec vous. N'hésitez pas à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît peu clair ou vous semble important. Vous ne pouvez pas prendre une décision éclairée sans avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Le médecin est dans l'obligation d'opérer en employant toutes les précautions requises. Il ne peut toutefois pas garantir son succès..

1. Opération prévue, y compris son urgence:

2. Motifs de l'intervention:

3. Alternatives, c'est-à-dire traitements possible à la place de l'opération et leurs effets potentiels sur votre santé :

4. Anesthésie (l'anesthésiste vous fournira des explications précises) :

5. Méthode opératoire :

- Technique, procédure prévue Vorgehen
- Prise en charge : soins ambulatoires ou séjour hospitalier obligatoire
- Matériaux restant à l'intérieur du corps (filets, implants)

6. Risques associés à l'opération :

- Saignements, infections, lésions d'organes adjacents, lésions nerveuses (temporaires/permanentes)
- Degré de risque (assez fréquent, occasionnel, rare, très rare)
- Modifications ou extensions nécessaires possibles durant l'intervention
- Risques individuels

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

7. Effets de l'opération sur votre santé :

- Conséquences passagères : douleurs, mouvements limités, troubles de la fonction sexuelle, troubles de la fonction vésicale, restrictions alimentaires, incapacité de travail
 - Conséquences sans doute permanentes : (incontinence, cicatrices, excroissances, etc.)
 - Mesures nécessaires – temporaires/permanentes : cathéter, médicaments, soins, contrôles, etc.
 - Malgré un positionnement approprié et un branchement correct des appareils, une compression ainsi que d'autres lésions des nerfs et des parties molles peuvent se produire durant l'opération. Ce sont des complications très rares. Elles n'occasionnent que très rarement des troubles permanents (p. ex. engourdissement, sensations anormales douloureuses) ou des cicatrices.
-

8. Croquis de l'intervention, Renvois vers des images ou médias (films, sites Web, graphiques, brochures) :

- Méthode opératoire, incision à peau, ce qui est enlevé ou reconstruit, indication du côté

9. Notes du médecin à propos de l'intervention :

- Risques individuels : âge, maladie cardiaque, obésité, style de vie (tabagisme, consommation d'alcool, etc.), médicaments tels qu'anticoagulants, allergies
-
-

10. Coûts de l'intervention :

- Prise en charge par la caisse maladie oui non
- Prise en charge par la patiente oui non
- Remarques supplémentaires: _____
- Soins ambulatoires ou séjour hospitalier

11. Vos questions :

- Sur l'intervention ou l'ensemble du traitement
 - Inquiétudes et besoins personnels liés à l'opération, aux complications possibles et à leurs effets
-
-
-

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Entretien d'information

Traducteur/traductrice:

Opération proposée:

Date:

Heure:

Durée de l'entretien d'information:

Mandat de traitement

J'ai eu aujourd'hui un entretien d'information sur l'opération avec le docteur/la docteure _____

- J'ai compris ses explications et j'ai pu poser toutes les questions qui m'intéressaient.
- Je donne mon accord pour l'intervention prévue, de même que pour les modifications et les extensions discutées si elles s'avèrent nécessaires au cours de l'opération.
- Après l'intervention, on me renseignera sur le médecin et l'équipe qui m'a opérée.
- Une copie du présent protocole d'information et du formulaire de consentement m'a été remise.

Lieu, Date:

La Patiente:

Lieu, date, heure:

Le docteur/la docteure:
