

CONSENTEMENT ECLAIRE DU CATHETERISME ET CORONAROGRAPHIE

Le Cathétérisme cardiaque est réalisé afin de traiter les maladies cardiaques, en particulier les maladies coronaires.

La procédure est pratiquée sous anesthésie locale pour les adultes et sous anesthésie générale pour les enfants à l'aide d'un cathéter introduit dans une artère périphérique et positionné dans le cœur ou les artères coronaires. La visualisation du positionnement du cathéter se fait sous radioscopie ou radiographie. Au cours de la procédure, du produit de contraste est injecté et la mesure des pressions intracardiaques est effectuée. Le cathétérisme thérapeutique a pour but le traitement d'une maladie coronaire ou cardiaque à l'aide d'un ballonnet complété si nécessaire par l'implantation d'un stent ou d'un autre procédé. Dans le cas où le cathétérisme cardiaque met en évidence une ou plusieurs lésions, celles-ci peuvent être traitées parfois dans la foulée par le cathétérisme thérapeutique.

NOM DE FAMILLE DU PATIENT....., PRENOM.....,

NOM DU PERE....., NOM DE LA MERE.....,

NUMERO D'IDENTIFICATION.....

Je déclare avoir reçu du Docteur....., toutes les informations orales quant à la nécessité de la réalisation du cathétérisme diagnostique ou thérapeutique incluant la correction locale d'une maladie cardiaque ou le traitement d'une maladie coronaire à l'aide d'un ballonnet ou d'un autre procédé interventionnel.

Caractéristique du traitement interventionnel autre :.....

Comme traitement principal.

Je déclare et confirme que m'ont été expliqués les résultats escomptés et les effets secondaires possibles tels que douleur au point de ponction et sensation de chaleur lors de l'injection du produit de contraste de même que m'ont été expliquées les complications possibles du traitement principal tels que l'occlusion abrupte ou le dommage des artères coronaires, la survenue d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, une lésion des artères périphériques liée à une hémorragie ou infection. Il m'a été expliqué les possibles complications liées à l'injection de produit de contraste incluant réaction allergique de différente intensité, atteinte rénale et aggravation de la maladie cardiaque. Dans certains cas exceptionnels, ces complications peuvent entraîner la mort. Il m'a été expliqué les options thérapeutiques alternatives en rapport avec différents cas ainsi que les risques et éventuelles complications de chacune de ces procédures, des examens et des traitements. Je donne mon accord à la réalisation de la procédure principale; ainsi, je déclare et confirme que m'a été expliqué et je comprends qu'existe la possibilité que pendant le traitement principal ou immédiatement après, soient mis an œuvre des interventions autres ou supplémentaires selon la nécessité de sauvegarder la vie ou de prévenir un dommage corporel, tels que procédure chirurgicales sous anesthésie générale qu'il n'est pas possible de prévoir maintenant avec certitude en partie ou en totalité mais leur caractère significatif m'ont été expliqué incluant un cathétérisme thérapeutique supplémentaire, une chirurgie de pontage aortoconaire ou chirurgie autre sous anesthésie générale.

En effet j'accepte ainsi l'extension de la procédure initiale, le changement ou la réalisation de procédures autres ou supplémentaires tels que traitement chirurgical qui selon l'avis du médecin hospitalier seront vitales au cours du traitement principal ou immédiatement après. Mon accord englobe également une anesthésie locale après que l'on m'ait expliqués les complications de l'anesthésie telles que réaction allergique de différente intensité au produit anesthésique. Si cela s'avère nécessaire au cours du traitement principal par anesthésie générale, me sera fournie une explication de l'anesthésie par l'anesthésiste.

Je comprends et donne mon accord que le traitement ainsi que toutes les interventions seront réalisées par le soignant désigné, selon les lois et les instructions de l'hôpital, sans qu'aucune promesse me soit donnée que l'ensemble ou une partie du traitement me soit pratiquée par une personne particulière mais seulement qu'il soit réalisé sous la responsabilité reconnue de l'hôpital selon la loi.

Je confirme que j'ai expliqué oralement au patient ou au garant du patient tout ce qui figure ci-dessus en détail et qu'il signe le consentement devant moi après l'avoir convaincu qu'il a compris toutes les explications.

NUMERO DE LICENCE.....

SIGNATURE.....

NOM DU MEDECIN.....