

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UN EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Je soussigné(e),,

date de naissance/...../....., autorise par la présente l'exécution d'un examen endoscopique suivante :

- Gastroskopie
- Coloscopie
- Echo endoscopie
- Ponction du foi sous contrôle échographique
-

Sur :

- moi-même
- mon enfant mineur, qui s'appelle, date de naissance/...../.....
-

J'ai été informé(e) par dans un langage clair :

- de la nature de mon problème de santé ;
- de l'objectif, de la nécessité et de la mesure d'urgence du traitement proposé ;
- du médecin qui assurera l'examen ;
- des avantages, inconvénients et éventuelles alternatives de traitement ;
- des conséquences potentielles si je refuse cet examen ;
- des chances de réussite, des risques d'échec ou de complications ;
- de la nature et de la durée des soins post examen ;
- de mon droit de refuser l'opération.

J'ai reçu comme information complémentaire la brochure intitulée

J'ai eu suffisamment de possibilités de poser des questions et les réponses m'ont donné entière satisfaction. Je reconnais disposer de toutes les informations nécessaires pour poser librement un choix mûrement réfléchi.

Je suis prêt(e) à suivre toutes les recommandations du médecin spécialiste en vue d'assurer un déroulement aussi favorable que possible de l'opération ou de l'examen et de mon rétablissement. Je sais que malgré tous les efforts consentis et les précautions prises par les médecins spécialistes, le personnel infirmier et moi-même, aucune garantie absolue de succès ne peut m'être offerte.

Je consens à ce que d'autres opérations médicales que l'intervention ou l'examen prévu(e) soient effectuées en cas de nécessité.

Je, soussigné(e), donne ici mon accord pour stocker mes données cliniques et physiologiques dans une base de données, afin de les analyser/utiliser de façon anonyme dans un contexte d'étude scientifique.

Je sous au courant que le jour après l'intervention, je ne suis pas autorisé(e) à conduire une voiture, un cyclomoteur ou un vélo, ni à utiliser des machines.

Date, heure et signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Lu et approuvé :

Date : 03/06/2022

Heure :

Signature:

Veillez apporter ce document rempli et signé avec vous lors de votre admission.

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR L'ANESTHESIE

Je soussigné(e),
date de naissance/...../....., donne par la présente mon consentement pour l'anesthésie suivante :

- anesthésie générale
- anesthésie péridurale / épidurale
- anesthésie spinale / rachidienne
- bloc du plexus brachial
- bloc fémoral / poplité
- anesthésie régionale intraveineuse
-

Sur:

- moi-même
- mon enfant mineur, qui s'appelle date de naissance/...../.....
-

J'ai été informé(e) par dans un langage clair.

- J'ai reçu, lu et compris la brochure d'accompagnement contenant les informations sur le déroulement de l'opération, le rôle de l'anesthésiste, les examens préparatoires, les types d'anesthésie, la salle de réanimation et les effets secondaires potentiels.
(Ces informations sont également disponibles sur le site www.chglorieux.be).
- Je sais que je peux toujours demander un entretien personnel avec l'anesthésiste pour obtenir d'autres informations. Pour ce faire, il me suffit d'envoyer ma demande à l'adresse : anesthesie@azglorieux.be.
L'anesthésiste me contactera alors pour répondre à mes questions et éventuellement fixer un rendez-vous.
- Je m'engage à respecter scrupuleusement toutes les directives préopératoires et postopératoires.
- Je déclare avoir correctement rempli le questionnaire et subi les examens préopératoires requis.
- Je donne mon autorisation pour transfusion sanguine, si cela est médicalement nécessaire. Je suis suffisamment informé(e) de la nécessité de la transfusion, des avantages et inconvénients, des risques qui y sont liés et des éventuelles alternatives pour une transfusion.
- Je déclare avoir été suffisamment informé(e) sur l'anesthésie et autorise le médecin à la pratiquer.
- Je consens également à ce que d'autres opérations médicales que l'anesthésie prévue soient effectuées en cas de nécessité.

Date, heure et signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Lu et approuvé :

Date :Heure :

Signature:

Veillez apporter ce document rempli et signé avec vous lors de votre admission.