

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT[©]

cystectomie

La BAU autorise les urologues à utiliser le formulaire ci-dessous à des fins de consentement éclairé dans le cadre de leur pratique. Toutefois, il est interdit d'apporter une quelconque modification, quelle qu'en soit la forme, au présent formulaire.

Généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, vos traitements et examens médicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire, qui contient toutes les informations relatives à votre prise en charge, vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien, durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ce formulaire doit être remis dûment signé et complété à une personne relevant de l'équipe médicale avant l'intervention, de façon à compléter votre dossier médical.

Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le (date)
....., certifie que, au cours de la consultation du (date) avec le docteur (nom)
....., il a été convenu qu'une hospitalisation est nécessaire à partir du (date)
....., à l'hôpital (nom), de (lieu) de
procéder à une cystectomie avec comme dérivation..... le (date)

Le médecin traitant m'a fourni toutes les précisions sur mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé si une intervention n'est pas décidée. Il m'a également informé des traitements alternatifs disponibles, avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin traitant m'a exposé clairement la technique, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec ses inconvénients, ses risques et ses effets secondaires à court et long terme. La durée de l'intervention m'a également été expliquée.

J'ai aussi reçu une brochure d'information concernant l'intervention envisagée.

Le médecin traitant a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants:

- But de l'intervention : ablation de la vessie et dérivation de l'urine pour cause de cancer de la vessie ou pour une raison autre

- Risques importants ou fréquents :
 - o Risque de mortalité selon l'état de santé actuel
 - o Iléus paralytique postopératoire

- Troubles métaboliques/troubles de l'équilibre acido-basique et de l'équilibre électrolytique
- Incontinence initiale en journée et pendant la nuit, s'améliorant avec le temps
- Rétrécissement de l'anus artificiel vidé par sondage avec réservoir continent
- Détérioration de la fonction sexuelle
- Infection du rein

- Risques peu-fréquents :
 - Déhiscence de la suture de la paroi abdominale
 - Accumulation de liquide lymphatique nécessitant un drainage
 - Rupture de cicatrice
 - Rétrécissement de la liaison entre les uretères et le réservoir, la vessie, l'anus artificiel ou la peau
 - Lente détérioration de la fonction rénale
 - Fuite de l'anus artificiel vidé par sondage
 - Incontinence chronique en journée du fait de la vessie de remplacement
 - Nécessité d'autosondage du fait de la vessie de remplacement
 - Surproduction de mucosités dans le réservoir ou la vessie de remplacement nécessitant un rinçage
 - Formation de calculs dans le réservoir, la vessie de remplacement ou l'anus artificiel
 - Carences en vitamines et modification des habitudes de selles à la suite d'une résection intestinale au réservoir ou à la vessie de remplacement

- Risques rares :
 - Endommagement du rectum nécessitant une colostomie (temporaire)
 - Fuite intestinale postopératoire
 - Fuite postopératoire d'urine du réservoir, de la vessie de remplacement ou de la liaison des uretères avec l'anus artificiel
 - Obstruction mécanique après l'intervention nécessitant une réintervention
 - Thrombose ou embolie pulmonaire
 - Coalescences internes avec obstruction intestinale mécanique à un stade ultérieur
 - Nouveau cancer dans la muqueuse du réservoir, de la vessie de remplacement ou de l'anus artificiel
 - Douleurs chroniques au niveau de la cicatrice
 - Décès

- Risques très rares :
 - Insuffisance rénale chronique avec nécessité de dialyse

- Spécifique à mon cas : ...

Je comprends également que la médecine clinique n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut être totalement complète. De même, je comprends qu'il n'y a pas d'accord possible quant au résultat final de la procédure / de l'intervention.

Le médecin traitant m'a informé du fait que l'équipe médicale peut être dans l'obligation d'élargir l'intervention à des traitements autres qui ne peuvent être prévus, mais qui constituent une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé.

Par la présente, je donne donc mon accord au médecin traitant d'effectuer, au cours de l'intervention prévue, tous les gestes opératoires complémentaires nécessaires. Je comprends qu'aucune garantie ne puisse être donnée quant au fait qu'une personne bien précise effectue l'intervention mais celle-ci aura l'expérience requise.

Le médecin traitant m'a donné l'occasion de poser des questions, auxquelles il a répondu de façon claire et précise et totalement compréhensible.

Par la présente, je donne mon consentement pour la réalisation de l'intervention décrite ci-dessus, sur les conditions détaillées ci-dessus.

Je donne mon autorisation pour effectuer, si nécessaire, une transfusion sanguine en per- ou postopératoire / traitement. Je donne mon accord pour procéder avant, pendant, après l'intervention/le traitement prévu ci-dessus, à des enregistrements ou prises de photos qui pourraient ultérieurement servir de base à une formation médicale ou une publication scientifique.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

Fait à (*lieu*)le (*date*).....

Nom et prénom du patient:.....

Signature du patient ou d'un parent/tuteur :

Nom du médecin ayant fourni les informations:

Signature du médecin ayant fourni les informations:

Pour plus d'information, n'hésitez pas à contacter le service d'urologie

N° du secrétariat :

E-mail :

Ce formulaire de consentement éclairé a été élaboré sous les auspices du groupe de travail "Quality of care" de l'asbl Société belge d'urologie (SBU)/VZW Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), de l'Association professionnelle belge des urologues/Belgische Beroepsvereniging van Urologen (APUB/BBVU), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS/VBS) et de l'asbl Belgian Association of Urology (BAU) pour le contenu clinique et du cabinet d'avocats Dewallens & partners BVBA pour le contenu juridique.

Les personnes morales susvisées, leurs représentants ou leurs préposés ne peuvent en aucun cas être tenus responsables des dommages éventuels pouvant résulter, de quelque manière que ce soit, de l'utilisation, du caractère incomplet ou de l'inexactitude de l'information contenue dans les présents documents.

Vous pouvez à tout moment obtenir une copie du présent document sur simple demande.

EXEMPLAIRE POUR LE PATIENT – VERSION 20141112

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT®

cystectomie

La BAU autorise les urologues à utiliser le formulaire ci-dessous à des fins de consentement éclairé dans le cadre de leur pratique. Toutefois, il est interdit d'apporter une quelconque modification, quelle qu'en soit la forme, au présent formulaire.

Généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, vos traitements et examens médicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire, qui contient toutes les informations relatives à votre prise en charge, vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien, durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ce formulaire doit être remis dûment signé et complété à une personne relevant de l'équipe médicale avant l'intervention, de façon à compléter votre dossier médical.

Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le (date)
....., certifie que, au cours de la consultation du (date) avec le docteur (nom)
....., il a été convenu qu'une hospitalisation est nécessaire à partir du (date)
....., à l'hôpital (nom), de (lieu) de
procéder à une cystectomie avec comme dérivation..... le (date)

Le médecin traitant m'a fourni toutes les précisions sur mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé si une intervention n'est pas décidée. Il m'a également informé des traitements alternatifs disponibles, avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin traitant m'a exposé clairement la technique, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec ses inconvénients, ses risques et ses effets secondaires à court et long terme. La durée de l'intervention m'a également été expliquée.

J'ai aussi reçu une brochure d'information concernant l'intervention envisagée.

Le médecin traitant a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants:

- But de l'intervention : ablation de la vessie et dérivation de l'urine pour cause de cancer de la vessie ou pour une raison autre

- Risques importants ou fréquents :
 - o Risque de mortalité selon l'état de santé actuel
 - o Iléus paralytique postopératoire
 - o Troubles métaboliques/troubles de l'équilibre acido-basique et de l'équilibre électrolytique
 - o Incontinence initiale en journée et pendant la nuit, s'améliorant avec le temps
 - o Rétrécissement de l'anus artificiel vidé par sondage avec réservoir continent
 - o Détérioration de la fonction sexuelle
 - o Infection du rein

- Risques peu-fréquents :
 - o Déhiscence de la suture de la paroi abdominale
 - o Accumulation de liquide lymphatique nécessitant un drainage
 - o Rupture de cicatrice
 - o Rétrécissement de la liaison entre les uretères et le réservoir, la vessie, l'anus artificiel ou la peau
 - o Lente détérioration de la fonction rénale
 - o Fuite de l'anus artificiel vidé par sondage
 - o Incontinence chronique en journée du fait de la vessie de remplacement
 - o Nécessité d'autosondage du fait de la vessie de remplacement
 - o Surproduction de mucosités dans le réservoir ou la vessie de remplacement nécessitant un rinçage
 - o Formation de calculs dans le réservoir, la vessie de remplacement ou l'anus artificiel
 - o Carences en vitamines et modification des habitudes de selles à la suite d'une résection intestinale au réservoir ou à la vessie de remplacement

- Risques rares :
 - o Endommagement du rectum nécessitant une colostomie (temporaire)
 - o Fuite intestinale postopératoire
 - o Fuite postopératoire d'urine du réservoir, de la vessie de remplacement ou de la liaison des uretères avec l'anus artificiel
 - o Obstruction mécanique après l'intervention nécessitant une réintervention
 - o Thrombose ou embolie pulmonaire
 - o Coalescences internes avec obstruction intestinale mécanique à un stade ultérieur
 - o Nouveau cancer dans la muqueuse du réservoir, de la vessie de remplacement ou de l'anus artificiel
 - o Douleurs chroniques au niveau de la cicatrice
 - o Décès

- Risques très rares :
 - o Insuffisance rénale chronique avec nécessité de dialyse

- Spécifique à mon cas : ...

Je comprends également que la médecine clinique n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut être totalement complète. De même, je comprends qu'il n'y a pas d'accord possible quant au résultat final de la procédure / de l'intervention.

Le médecin traitant m'a informé du fait que l'équipe médicale peut être dans l'obligation d'élargir l'intervention à des traitements autres qui ne peuvent être prévus, mais qui constituent une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé.

Par la présente, je donne donc mon accord au médecin traitant d'effectuer, au cours de l'intervention prévue, tous les gestes opératoires complémentaires nécessaires. Je comprends qu'aucune garantie ne puisse être donnée quant au fait qu'une personne bien précise effectue l'intervention mais celle-ci aura l'expérience requise.

Le médecin traitant m'a donné l'occasion de poser des questions, auxquelles il a répondu de façon claire et précise et totalement compréhensible.

Par la présente, je donne mon consentement pour la réalisation de l'intervention décrite ci-dessus, sur les conditions détaillées ci-dessus.

Je donne mon autorisation pour effectuer, si nécessaire, une transfusion sanguine en per- ou postopératoire / traitement. Je donne mon accord pour procéder avant, pendant, après l'intervention/le traitement prévu ci-dessus, à des enregistrements ou prises de photos qui pourraient ultérieurement servir de base à une formation médicale ou une publication scientifique.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

Fait à (*lieu*)le (*date*).....

Nom et prénom du patient:.....

Signature du patient ou d'un parent/tuteur :

Nom du médecin ayant fourni les informations:

Signature du médecin ayant fourni les informations:

Pour plus d'information, n'hésitez pas à contacter le service d'urologie

N° du secrétariat :

E-mail :

Ce formulaire de consentement éclairé a été élaboré sous les auspices du groupe de travail "Quality of care" de l'asbl Société belge d'urologie (SBU)/VZW Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), de l'Association professionnelle belge des urologues/Belgische Beroepsvereniging van Urologen (APUB/BBVU), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS/VBS) et de l'asbl Belgian Association of Urology (BAU) pour le contenu clinique et du cabinet d'avocats Dewallens & partners BVBA pour le contenu juridique.

Les personnes morales susvisées, leurs représentants ou leurs préposés ne peuvent en aucun cas être tenus responsables des dommages éventuels pouvant résulter, de quelque manière que ce soit, de l'utilisation, du caractère incomplet ou de l'inexactitude de l'information contenue dans les présents documents.

Vous pouvez à tout moment obtenir une copie du présent document sur simple demande.