

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT[©]

maladie de La Peyronie

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 (nom et prénom),né 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) pour traitement chirurgical visant à corriger la déformation du pénis 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: traitement chirurgical visant à corriger la déformation du pénis

- Risques:

- Raccourcissement du pénis. En réalité, le pénis était déjà plus court avant l'opération, sous l'effet de l'induration (plaque). L'induration diminue l'élasticité du corps caverneux à cet endroit, ce qui réduit également la durée de l'érection.
- Diminution de la sensibilité au niveau du pénis et du gland. En principe, ce problème disparaît toujours complètement.
- Nécessité de procéder à une circoncision.
- Troubles (temporaires) de l'orgasme.
- Infection.
- Gonflement temporaire et ecchymose xx (oedème et hématome) en phase postopératoire.
- Temporairement (éventuellement pendant plusieurs semaines) : érections nocturnes et matinales douloureuses.
- Les érections nocturnes et matinales douloureuses peuvent provoquer une rupture des sutures de la circoncision, pouvant entraîner une ouverture temporaire de la plaie sous le gland (déhiscence).
- Déhiscence temporaire (rupture des sutures) au niveau du frein du prépuce (repli de peau situé sur la partie inférieure du gland).
- Problèmes généraux induits par l'anesthésie ou par des troubles cardiovasculaires nécessitant une hospitalisation en soins intensifs (tels que pneumonie, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse profonde, thrombose, infarctus du myocarde, etc).

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.

Je comprends que l'on ne peut pas me garantir qu'une personne particulière pratique l'intervention. Toutefois, la personne qui pratiquera l'intervention disposera dans tous les cas de l'expérience appropriée.

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. 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 déclare avoir reçu une estimation précise du coût financier de l'intervention prévue, tant en ce que concerne ma contribution personnelle (tiers payant) que le montant payé par l'assurance-maladie.

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[©]

maladie de La Peyronie

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 (nom et prénom),né 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) pour traitement chirurgical visant à corriger la déformation du pénis 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: traitement chirurgical visant à corriger la déformation du pénis

- Risques:
 - Raccourcissement du pénis. En réalité, le pénis était déjà plus court avant l'opération, sous l'effet de l'induration (plaque). L'induration diminue l'élasticité du corps caverneux à cet endroit, ce qui réduit également la durée de l'érection.
 - Diminution de la sensibilité au niveau du pénis et du gland. En principe, ce problème disparaît toujours complètement.
 - Nécessité de procéder à une circoncision.
 - Troubles (temporaires) de l'orgasme.
 - Infection.

- Gonflement temporaire et ecchymose xx (oedème et hématome) en phase postopératoire.
- Temporairement (éventuellement pendant plusieurs semaines) : érections nocturnes et matinales douloureuses.
- Les érections nocturnes et matinales douloureuses peuvent provoquer une rupture des sutures de la circoncision, pouvant entraîner une ouverture temporaire de la plaie sous le gland (déhiscence).
- Déhiscence temporaire (rupture des sutures) au niveau du frein du prépuce (repli de peau situé sur la partie inférieure du gland).
- Problèmes généraux induits par l'anesthésie ou par des troubles cardiovasculaires nécessitant une hospitalisation en soins intensifs (tels que pneumonie, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse profonde, thrombose, infarctus du myocarde, etc).

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.

Je comprends que l'on ne peut pas me garantir qu'une personne particulière pratique l'intervention. Toutefois, la personne qui pratiquera l'intervention disposera dans tous les cas de l'expérience appropriée.

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. 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 déclare avoir reçu une estimation précise du coût financier de l'intervention prévue, tant en ce que concerne ma contribution personnelle (tiers payant) que le montant payé par l'assurance-maladie.

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.