

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Information à l'intention du médecin du Service de Chirurgie

Tout patient qui nécessite une intervention chirurgicale doit obligatoirement avoir rempli et signé le consentement éclairé.

Patients vus à la consultation préopératoire

- Le Médecin cadre opérateur, lors de la consultation préopératoire et après avoir donné les informations nécessaires au patient, lui remet le document « consentement éclairé » ci-après en lui demandant de le ramener signé lors de son hospitalisation.
- Le Médecin assistant de l'étage vérifie que le consentement éclairé est signé et porté dans le dossier médical du patient avant l'intervention chirurgicale
- Le consentement éclairé signé est classé dans le dossier médical du patient.

Patients opérés en urgence

Le consentement éclairé est obtenu et signé au moment même où l'information est donnée par le médecin cadre opérateur. Il est porté ensuite dans le dossier médical du patient.



Prof. Vincent Bettschart

Chef du Département de Chirurgie
du CHCVs

Chef de service

Distribution (service de chirurgie) :

Médecins-cadres, Chefs de clinique, Médecins-assistants aînés, Médecins-assistants,
Secrétariats médicaux des sites de Sierre et Sion,
Dr Philippe Eckert, Directeur des Soins Médicaux du CHCVs,
Mme Patricia Vonnez, Infirmière-chef du Département de Chirurgie du CHCVs

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

A remettre au patient

ETIQUETTE DU PATIENT

Dans ce texte sont appelées « intervention chirurgicale » :

- ☞ Une intervention chirurgicale ;
- ☞ Une procédure diagnostique ;
- ☞ Une procédure thérapeutique ;
- ☞ Une anesthésie.

1. Symptômes ou doléances :

2. Diagnostic :

3. Intervention chirurgicale (courte description)

VOUS POUVEZ TRACER TOUT PARAGRAPHE OU PARTIE DE PARAGRAPHE POUR LEQUEL VOUS NE VOULEZ PAS DONNER VOTRE ACCORD

Les explications ainsi qu'un schéma de l'intervention, si vous le souhaitez, sont donnés par l'opérateur.

4. Je soussigné(e) _____ (nom, prénom du patient),
né(e) le _____ autorise le médecin désigné par le Service de Chirurgie du CHCVs
à réaliser l'intervention chirurgicale mentionnée au chiffre 3.

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

5. J'atteste que le Dr _____ m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale. Il m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale proposée. On m'a donné la possibilité de poser des questions et une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.
6. Je consens à l'administration d'une anesthésie/sédation/analgésie jugée nécessaire sous la direction d'un médecin autorisé. S'il s'agit d'une anesthésie locale, j'ai été mis(e) au courant des possibles risques, conséquences et alternatives associés à l'administration de ces médicaments par le médecin mentionné sous chiffre 5. L'information relative à toute autre anesthésie est le fait du médecin anesthésiste.
7. Je comprends que durant l'intervention chirurgicale, une situation non prévue peut survenir qui nécessite une procédure différente de celle envisagée et discutée. Je consens à la réalisation, dans ce cas de figure et dans le cadre de l'opération prévue, d'une procédure chirurgicale additionnelle que le chirurgien peut considérer comme nécessaire.
8. Je consens de plus à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire par le médecin ou son (ses) associé(s)/assistant(s). Les bénéfices et les traitements alternatifs possibles m'ont été expliqués de même que les risques et conséquences possibles.
9. J'autorise également la mise en place de matériel étranger (prothèse ; par exemple filet) si le médecin le juge nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir reçu à ce sujet une information sur les risques encourus et les alternatives.
10. Chaque organe/tissu/implant enlevé chirurgicalement peut être examiné, mis à disposition et utilisé par l'hôpital pour des raisons médicales, de recherche ou d'enseignement, en accord avec la pratique autorisée.
11. Pour des raisons médicales, scientifiques ou à but d'éducation, je consens à la réalisation de photographies, video-taping et/ou prise d'images télévisées en circuit interne, ainsi qu'à la publication de l'intervention chirurgicale réalisée, pour autant que mon identité ne soit pas révélée et que l'on ne puisse pas me reconnaître.
12. Je consens aussi à l'admission de professionnels de la santé en formation dans la salle d'intervention ou lors de traitement.
13. Je consens à ce que durant l'intervention chirurgicale, le représentant d'une entreprise de matériel médical puisse également être présent et apporter le support technique nécessaire.
14. Je confirme que j'ai lu et pleinement compris les informations mentionnées dans ce document. Je comprends et accepte qu'aucune garantie ou assurance ne puisse m'être faite concernant le résultat attendu de l'intervention chirurgicale.
15. J'ai été mis(e) au courant des éventuels plans de soins et traitements possibles après l'opération. J'ai également été informé(e) des effets secondaires ou complications possibles de ces soins / traitements.

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

16. **Remarques du patient :**

17. **Remarques du chirurgien :**

18. J'atteste que tous les espaces libres de ce formulaire (Nos 1, 2, 3, 4, 5, 16 et 17) ont été remplis avant que je le signe.

Signature du patient _____

Signature du Représentant légal ou thérapeutique * _____

Nom (lettres majuscules) : _____ Date : _____

** La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement*

.....

Je, soussigné(e), Dr _____ (Nom, prénom, lettres majuscules), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention chirurgicale et/ou procédure diagnostique ou thérapeutique et/ou traitement et/ou anesthésie.

Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué.

Date _____

Médecin (signature) : _____

CE DOCUMENT FAIT PARTIE INTEGRANTE DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT