



Werken Glorieux asbl

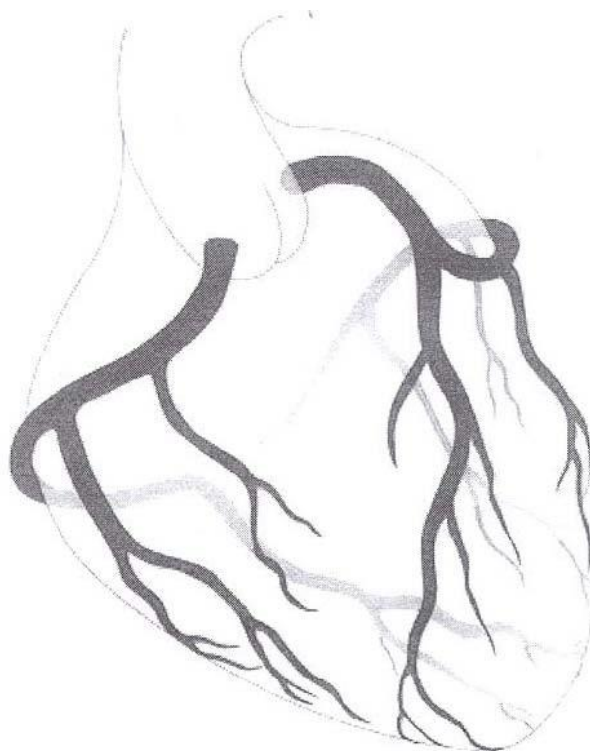
ch Glorieux
Avenue Glorieux 55
9600 Renaix



O.L.Vrouwziekenhuis
Campus Aalst - Campus Asse
Medisch Centrum Ninove

**CENTRE CARDIOLOGIQUE
O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300
AALST**

Brochure de formulaires Coronarographie



Août 2008

CAR02.F

WBP-nr. 00352267/001264760

Attention: cette brochure n'a ni pour but de poser un diagnostic médical ni de servir de traitement ou de remplacement d'un avis médical. Les symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre. Consultez votre médecin traitant ou spécialiste, ou une personne avec expertise dans le domaine de la santé, qui vous aidera pour poser un diagnostic et instaurer un traitement.

Introduction

Vous avez reçu une brochure d'information ainsi qu'une brochure avec des formulaires à signer.

Nous vous demandons de lire attentivement ces brochures, avant votre examen à Alost. Veuillez les signer après accord.

Comme les deux premiers formulaires donnent droit à un remboursement par l'Inami (mutuelle), nous conseillons vivement de les signer après lecture.

Les autres formulaires sont moins "urgents", et ne sont pas à mettre en rapport avec un remboursement. La signature est facultative. Si vous les signez, vous donnez l'autorisation pour un éventuel stockage d'un échantillon de votre sang, ou pour une éventuelle manipulation supplémentaire pendant le cathétérisme cardiaque. Si vous avez encore des doutes ou questions, veuillez attendre avant de les signer.

N'hésitez pas à en parler à un membre du staf médical ou infirmier.

Informations utiles

Clinique des Soeurs de la Miséricorde à Renaix: 055/23 30 11

Staf Cardio

Drs Vanneste, Heyse et Van Durme

contact par le secrétariat de médecine interne: 055/23 36 68

Infirmier en chef

Mr Frank Van Welden 055/23 32 55

Service de médecine D2

055/23 36 95



Cathétérisme cardiaque, coronarographie et dilatation coronaire

CENTRE CARDIOLOGIQUE O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST

J'ai moi-même passé en revue les informations concernant le cathétérisme cardiaque, la coronarographie et la dilatation coronaire et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Je suis informé du fait que les **informations médicales** concernant mon cathétérisme cardiaque et/ou ma dilatation coronaire sont enregistrées dans une banque de données et que ces données sont transmises chaque année de manière anonyme au Group de travail belge pour la cardiologie interventionnelle. D'autre part, j'ai pris connaissance des complications éventuelles pouvant survenir après une coronarographie et/ou une dilatation coronaire.

J'ai aussi été informé du fait que:

- la manipulation – coronarographie sélective (€ 118,44)
- le calcul des paramètres de la fonction ventriculaire (€ 47,57)

ne sont plus remboursées par l'INAMI et sont donc à ma charge et figureront sur la facture de l'hôpital sous la rubrique "cardiologie invasive".

Nom du patient: _____

Date: _____

Signature:



Modalités de remboursement concernant la dilatation coronaire et/ou l'implantation d'un stent

**CENTRE CARDIOLOGIQUE
O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST**

Pour bénéficier du remboursement lors d'une dilatation coronaire et/ou lors de l'implantation d'un stent, le patient doit autoriser le traitement des données médicales de son dossier par le Groupe de travail belge pour la Cardiologie invasive et le Comité technique pour les Implantations.

Nous vous demandons de bien vouloir signer ce formulaire, de sorte que le traitement puisse être pris en considération pour le remboursement.

Je soussigné, autorise le traitement des données de mon dossier par le Groupe de travail belge pour la Cardiologie invasive et le Comité technique pour les Implantations, et autorise que ces données soient traitées de manière anonyme dans le cadre d'une étude et soient tenues à la disposition du médecin-conseil.

Nom du patient: _____

Date: _____

Signature:



Recherche sur les prédispositions génétiques aux maladies cardiaques

**CENTRE CARDIOLOGIQUE
O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST**

Madame, Monsieur,

Nous vous demandons de bien vouloir passer en revue les informations suivantes pour comprendre à quel type d'étude l'on vous demande de participer et pour décider si vous souhaitez ou non y participer.

Objectif de l'étude

Etudier les prédispositions aux maladies cardiaques, à savoir, défaillances cardiaques, survenance de rétrécissements des artères coronaires, arythmie cardiaque.

L'examen en lui-même

Lorsque vous vous rendez à l'hôpital pour un traitement, l'on vous fait souvent une prise de sang. Nous souhaiterions lors de votre prochaine prise de sang vous prélever quelques millilitres supplémentaires pour un examen ADN. L'ADN est le patrimoine génétique qui est transmis de parents à enfant (car l'examen ADN est une méthode utilisée pour établir la parenté).

Avantages éventuels

Les résultats de l'étude peuvent être utilisés à l'avenir à des fins cliniques directes. Si nécessaire, les résultats de l'examen seront transmis à votre médecin traitant.

Risques éventuels

Etant donné qu'il n'y a pas d'examen complémentaire prévu dans le cadre de cette étude, il n'y a aucun risque supplémentaire. Les prélèvements sanguins seront gérés à la sérothèque de l'hôpital Onze-Lieve-Vrouw. Les tests génétiques seront bien évidemment effectués en tenant compte de la loi sur l'enregistrement des données personnelles et du règlement sur la vie privée.

Assurance

Lorsque vous prévoyez de faire une prise de sang, celle-ci est couverte par votre assurance.

Participation à l'étude

Vous êtes totalement libre de participer ou non à cette étude. Si vous décidez de ne pas y participer, cela n'a aucune incidence sur la suite de votre traitement. Les futurs soins médicaux ne seront nullement influencés par votre décision.

Informations complémentaires

Après avoir passé en revue ces informations, vous avez la possibilité de poser des questions. Pour ce faire, vous pouvez vous adresser aux médecins responsables de cette étude: Dr. J. Bartunek (tél 053/72.44.47) ou Dr. W. Wijns (tél 053/72.44.39) ou aux coordinateurs de l'étude.

Onze Lieve Vrouweziekenhuis, Service Cardiologie Moléculaire, Moorselbaan 164, 9300 Alost.

Ensuite, vous devez décider si vous participez ou non à l'étude. Si vous acceptez, nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer le formulaire d'autorisation qui suit.



Recherche sur les prédispositions génétiques aux maladies cardiaques

CENTRE CARDIOLOGIQUE O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST

J'ai parcouru ces informations et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions.

Je sais que mes données seront traitées de manière anonyme et j'autorise les chercheurs à donner des informations de mon dossier médical aux instances de contrôle.

Par la présente, je marque mon accord à la participation à l'étude et à l'examen ADN.

Nom du patient: _____

Date: _____

Signature:

Nom du médecin: _____

Date: _____

Signature:

Nom: _____

Date de naissance: _____



**CENTRE CARDIOLOGIQUE
O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST**

- A. Objectifs et contexte: Votre cardiologue vous invite à participer à un enregistrement à l'échelon mondial des données concernant votre maladie coronaire.

L'objectif de cet enregistrement est de réunir des informations à partir d'une technique standard, à savoir l'échographie intracoronaire. Cet enregistrement inclura votre échographie ainsi que celle de centaines d'autres patients.

L'échographie intracoronaire est une procédure de routine pendant l'angiographie coronaire, la dilatation coronaire et l'implantation d'un stent.

L'échographie intracoronaire consiste à examiner vos artères coronaires grâce à la technologie des ultrasons. Ainsi, le médecin peut voir ce qu'il se passe dans les artères tout autour du cœur.

Il existe aujourd'hui une nouvelle manière d'enregistrer les données obtenues par l'échographie intracoronaire. Elles sont enregistrées dans un appareil semblable à un magnétoscope. Les informations ainsi recueillies, sont appelées "Virtual Histology IVUS".

Grâce à cette technique, il est possible de savoir ce qu'il se passe précisément dans la paroi vasculaire des artères coronaires.

- B. Procédures: La procédure se déroule lors d'un examen de routine de votre cœur, comme par exemple, un angiogramme ou la mise en place d'un stent. Lorsque le médecin effectue l'échographie intracoronaire de vos artères coronaires, les informations sont enregistrées en même-temps.

Après, les informations sont conservées sur un CD ou sur un DVD et sont ensuite transmises à un centre spécialisé pour analyse plus poussée. Les résultats des analyses sanguines réalisées pendant votre admission, sont aussi conservés dans une banque de données et comparés avec les résultats de l'échographie.

Vos données sont strictement confidentielles et anonymes.

- C. Risques et/ou désagréments: Le déroulement de cette procédure est le même que celui des autres interventions à hauteur des artères coronaires. Votre traitement suit tout à fait la procédure standard et aucune manipulation supplémentaire n'est effectuée.
- D. Avantages: Il n'y a pas d'avantage immédiat lié à cet enregistrement. Toutes les informations de tous les patients qui participent à l'enregistrement servent aux cardiologues et leur permettent de se forger une meilleure idée sur la survenance d'obstructions dans les artères coronaires.
Ces informations peuvent être utiles dans le traitement des maladies du cœur, la prévention des crises cardiaques et peuvent changer drastiquement le traitement des maladies du cœur en général.
- E. Frais: Il n'y a aucune dépense liée à cet enregistrement.
- F. Questions: Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à contacter le Dr. Wijns ou l'Etude Soins infirmiers du service Cardiologie au 0032/53 72 44 49.
- G. Autorisation: Vous avez reçu une copie de ce formulaire d'autorisation, votre participation à cet enregistrement est totalement volontaire. Vous pouvez vous retirer à tout moment, sans aucune conséquence pour vous. Le médecin se réserve aussi le droit de vous retirer de l'enregistrement sans votre autorisation.
Si vous marquez votre accord pour participer à cet enregistrement, nous vous invitons à signer ce document.

**Informations des patients et Autorisation
Enregistrement des Données Médicales
concernant “l’Echographie Intracoronaire”**



**CENTRE CARDIOLOGIQUE
O.L.VROUWZIEKENHUIS 9300 AALST**

J’ai parcouru les informations sur l’enregistrement des données médicales concernant l’échographie intracoronaire et j’ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions éventuelles.

Je sais que mes données seront traitées de manière anonyme et par la présente, je marque mon autorisation à la participation à cet enregistrement.

Nom du patient: _____

Date: _____

Signature:

Nom du médecin: _____

Date: _____

Signature: