

Consentement éclairé pour un examen endoscopique

Je soussigné(e),

date de naissance/...../.....

autorise par la présente l'exécution de l'examen prévu(e) /du traitement / de l'opération :

sur moi-même

sur mon enfant mineur, qui s'appelle date de naissance
...../...../.....

.....

Le médecin m'a informé(e) 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 des complications ;
- de la nature et de la durée des soins post examen ;
- de mon droit de refuser l'examen.

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 afin de 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'examen ou de l'opération ou/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 interventions médicales 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.

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

.....

Consentement éclairé pour l'anesthésie

Je soussigné(e),

date de naissance/...../.....

donne par la présente mon consentement pour la pratique d'une anesthésie

sur moi-même

sur mon enfant mineur, qui s'appelle date de naissance

...../...../.....

.....

J'ai dûment complété le questionnaire préopératoire et bien compris l'ensemble des questions.

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 Internet www.azglorieux.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 accord pour une transfusion sanguine si elle s'avère médicalement nécessaire.

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.

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

(date et signature)

.....