

CONSENTEMENT ECLAIRE : CYSTECTOMIE version 1.1

Je soussigné, ,
né le, certifie que, de commun accord avec le Docteur
au cours de la consultation du, il a été décidé de procéder à une cystectomie avec
comme dérivation....

Le médecin traitant m'a exposé clairement les composantes et le but de l'intervention envisagée avec
ses inconvénients, ses risques, ses effets secondaires à court et long terme.

La durée de l'intervention / du traitement m'a également été expliquée. J'ai aussi reçu une brochure
informatrice concernant l'intervention / le traitement envisagé.

On 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

Evénements importants ou fréquents :

- Risque de mortalité selon l'état de santé actuel
- 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 au réservoir continent
- Détérioration de la fonction sexuelle
- Infection du rein

Occasionnels :

- 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
- Manques de vitamines et modification des habitudes de selles à la suite d'une résection intestinale au réservoir ou à la vessie de remplacement

Rarement :

- 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

Très rarement :

- Défaillance 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 pas 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 pas être prévus, mais qui sont d'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 laissé l'opportunité de poser des questions auxquelles il a répondu de façon claire et précise et totalement compréhensible.

Par la présente, je donne mon autorisation d'effectuer l'intervention décrite ci-dessus, aux 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 plus tardivement servir de base pour 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 leà

Nom du patient :

Signature du patient :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

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

Pour de plus amples informations, vous pouvez toujours 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.