Déclaration de consentement pour l'exécution d'un acte médical

Médecin responsable de l'information : Dr Blaser _____

Intervention prévue :

BY-PASS GASTRIQUE +/- CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE_____

Dr Alfred Blaser
FMH chirurgie
FA Chirurgie viscérale
FA Chirurgie générale et urgences
Responsable chirurgie bariatrique –
Clinique Cecil – Lausanne
Ancien Médecin-chef

Vy-Creuse 4
1260 Nyon

Tél. 022 362.34.26
Fax 022 362.34.27
E-mail ablaser @me.com
Internet info@alfredblaser.ch

J'ai été informé(e) aujourd'hui au cours d'un entretien de l'acte médical susmentionné (investigation, opération) qui devra être exécuté sur ma personne. Lors de cet entretien, j'ai reçu les explications relatives à la gravité de ma maladie de base, la nécessité du traitement, du déroulement de l'intervention, d'éventuelles alternatives thérapeutiques (conversion laparoscopie-laparotomie) de même que des indications concernant des maladies actuelles ou passées qui pourraient augmenter les risques liés à l'intervention (tabagisme, diabète, prise de médicaments tels que cortisone…). J'ai également été informé(e) des éventuelles conséquences corporelles, psychiques et professionnelles.
J'ai obtenu des réponses complètes et compréhensibles à toutes mes questions. Toutes ces informations peuvent en tout temps être consultées sur le site internet de l'opérateur.
Le suivi postopératoire sera effectué par le médecin consulté selon les règles en vigueur établies par la SMOB.
Pour cette raison vous bénéficierez à la sortie de l'hôpital d'un RV de contrôle avec votre chirurgien.
Ce dernier vous verra au minimum 4 x la 1ère année puis au rythme des 6 mois pour une durée de suivi minimale exigée de 5 ans.
J'ai bien pris connaissance du fait qu'aucune garantie de succès ne peut être donné(e) et qu'une extension ou une modification de l'intervention prévue reste possible selon les circonstances au moment de l'intervention.

Complications postopératoires possibles : Infection de plaie ; hémorragie ; lésions de viscères creux ; conversion en voie ouverte ; déhiscence anastomotique ; abcès intra-abdominal .

Au plus long terme **genèse de brides (iléus, volvulus) ; sténose ou ulcère anastomotique ; troubles de l'absorption intestinale**

Avertir l'opérateur en cas de tachycardie, état fébrile, arrêt du transit, douleurs nouvelles ou écoulement par les cicatrices.
Je confirme avoir eu la possibilité de poser des questions supplémentaires au médecin après l'obtention de ces informations. J'ai bénéficié de suffisamment de temps pour réfléchir en toute tranquillité à ces informations et ainsi donner mon accord à cette intervention.

Je prie l'opérateur d'informer mes proches par le numéro de téléphone ci-dessous dès que l'opération est terminée.
Cette personne de contact

- ☐ peut être renseignée sur le diagnostic
- ☐ ne doit pas être renseignée sur le diagnostic

No. Tél. : .....

☐ époux/épouse ☐ sœur/frère ☐ enfants ☐ autre:

☐ Il n'est **pas nécessaire** de téléphoner après l'opération

....
Date Signature du/de la patient/e ou de son représentant légal

.....
Date de l'entretien Signature du médecin