

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

Formulaire de consentement - Prothèse de genou

JE, SOUSSIGNÉ(E) (prénom et nom):.....

DATE DE NAISSANCE:.....

Donne par la présente mon consentement pour l'intervention chirurgicale suivante ou l'examen suivant, ainsi que pour l'anesthésie que les médecins estiment nécessaire à cette fin :

Le (DATE)..... /..... / 202..

Donne par la présente mon consentement pour l'intervention chirurgicale suivante ou l'examen suivant sur la personne de son enfant mineur, ainsi que pour l'anesthésie que les médecins estiment nécessaire à cette fin:

.....

Le (DATE)..... /..... / 202..

1. J'ai reçu suffisamment d'informations sur l'hospitalisation et l'intervention ou l'examen et je m'engage à respecter les règles convenues et les directives qui m'ont été transmises. Je confirme avoir reçu, lu et compris le dossier d'information «Hospitalisation pour chirurgie».

2. Je déclare avoir informé honnêtement le médecin de mon état de santé actuel (ou de celui de mon enfant). J'ai rempli avec soin le questionnaire préopératoire ainsi que le formulaire relatif aux médicaments que je prends, et j'ai bien compris toutes les questions posées.

3. Je m'engage à suivre scrupuleusement les recommandations ci-dessous et suis prévenu(e) des risques en cas de non-respect de celles-ci.

- a. Je dois/mon enfant doit rester strictement à jeun à partir de minuit la veille

de l'opération, ce qui suppose de ne rien manger ni boire et de ne pas fumer.

- **Exception:** j'ai reçu du chirurgien/médecin traitant (nom):.....
.....
 - i. l'autorisation de manger (quoi et à quelle heure):.....
.....
 - ii. l'autorisation de boire (quoi et à quelle heure):.....
- b. Je suis conscient(e) qu'il m'est interdit de conduire une voiture, un vélo ou un cyclomoteur ou d'être aux commandes d'une machine dans les 24 h suivant une anesthésie générale.
 - c. Je suis conscient(e) qu'il m'est interdit de boire de l'alcool pendant les 24 h suivant l'opération.
 - d. Je ne prendrai que les médicaments expressément prescrits par le médecin.
 - e. Je suis conscient(e) qu'il est préférable de ne signer aucun document important ni de prendre aucune décision importante dans les 24 h suivant une anesthésie.

4. Je déclare aussi marquer mon accord sur une éventuelle prolongation de mon séjour à l'hôpital si des circonstances imprévues rendent cela nécessaire.

5. Je confirme avoir la possibilité de m'entretenir avec un anesthésiste avant l'opération si je le souhaite.

COMPRÉHENSION DES COMPLICATIONS POSSIBLES

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) et comprendre la nature ainsi que la méthode d'anesthésie dans le cadre de l'opération de pose de prothèse de genou que je vais prochainement subir. Je reconnais que cette opération consiste à remplacer l'articulation du genou par une prothèse artificielle, dans le but de soulager la douleur et d'améliorer la fonction articulaire ainsi que ma qualité de vie. Avant de donner mon consentement, j'ai été informé(e) des risques potentiels, des complications possibles et des alternatives liés à cette intervention, ainsi que de l'anesthésie que les médecins estiment nécessaire à cette fin.

1. Je comprends que, même si la pose de prothèse de genou est généralement considérée comme une intervention sûre et efficace, elle comporte des risques et que des complications sont possibles. Celles-ci peuvent notamment inclure (énumération non limitative):
 - a. Infection: Des infections peuvent apparaître au niveau du site opératoire ou de l'articulation prothétique, ce qui peut nécessiter un traitement complémentaire, notamment des antibiotiques et, dans les cas graves, une chirurgie de révision.
 - b. Caillots sanguins: Il y a risque de formation de caillots dans les veines profondes des jambes (thrombose veineuse profonde) ou de migration de ces caillots vers les poumons (embolie pulmonaire). Des mesures prophylactiques, telles que l'administration d'anticoagulants, peuvent être mises en place pour réduire ce risque.
 - c. Douleur ou inconfort: Bien que l'objectif soit un soulagement de la douleur, il peut arriver qu'un certain inconfort ou des douleurs résiduelles persistent après l'opération. Des stratégies appropriées de gestion de la douleur seront mises en œuvre pour en limiter l'impact.
 - d. Limitations fonctionnelles: Bien que la procédure de pose d'une prothèse de genou vise à améliorer la fonction articulaire, des limitations de l'amplitude de mouvement ou de la fonction articulaire peuvent subsister après l'opération.
 - e. Usure et descellement de l'implant: Avec le temps, l'articulation artificielle peut s'user ou se desceller, ce qui peut nécessiter une chirurgie de révision. La durée de vie de la prothèse varie d'une personne à l'autre.
 - f. Lésion nerveuse ou vasculaire: Il existe un risque rare de lésion des nerfs ou des vaisseaux sanguins lors de l'anesthésie ou de l'opération, ce qui peut entraîner des troubles sensitifs ou moteurs.
 - g. Réaction allergique: Certaines personnes peuvent présenter une réaction allergique aux matériaux utilisés dans la prothèse articulaire.
 - h. Raideur ou instabilité: En cas de raideur ou d'instabilité de l'articulation du genou, un traitement complémentaire ou des ajustements peuvent s'avérer nécessaires.
2. J'ai lu la brochure d'information «Prothèse de genou» ainsi que le guide du patient «Anesthésie», et je respecte les règles convenues.
3. J'ai eu la possibilité de discuter avec mon prestataire de soins de toute question ou préoccupation relative à l'intervention, y compris les risques et les alternatives. Je comprends qu'aucune garantie n'a été donnée quant aux résultats de l'opération. Je suis conscient(e) que des circonstances imprévues peuvent survenir pendant ou après l'opération et que des procédures supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires.

4. Je reconnais avoir eu la possibilité de solliciter un avis médical indépendant et j'ai pris de mon plein gré la décision de subir la procédure de pose d'une prothèse de genou. Je comprends que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment avant ou pendant la procédure.

LU ET APPROUVÉ:.....

SIGNATURE DU PATIENT OU DE LA PATIENTE: DATE:..... /..... / 202..

.....

SIGNATURE DU OU DE LA TÉMOIN (SI D'APPLICATION) DATE:..... /..... / 202..

.....

Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen

campus mariëndal

t 016 80 90 11 (numéro général)

t 016 80 99 19 (service des Urgences)

t 016 80 96 80 (hôpital de jour)

campus st.-jan

t 016 80 90 11 (numéro général)

t 016 80 39 16 (hôpital de jour)

medisch centrum aarschot

t 016 55 17 11 (numéro général)

t 016 55 17 36 (hôpital de jour)

www.rztienen.be

iedereen

Vriendelijk Inlevend Professioneel
met zin voor Initiatief



99997-NL/aug 2019