



APPOSER ÉTIQUETTE DU PATIENT

ou

Nom du patient _____

Nom du chirurgien _____

N° de dossier médical/Date de naissance _____

**Formulaire de consentement
à une procédure/opération
Cerclage du col de l'utérus**

Je soussigné(e), _____, autorise par la présente
(Nom du patient/représentant légal)

mon médecin _____ et avec ses assistants
(Nom du médecin, dentiste ou chirurgien responsable)

avec ses assistants désignés par celui-ci, ainsi que les autres personnes qui sont tenues de participer à la procédure / l'opération, encore non connues, mais qui incluent les personnes indiquées à la page 2, à effectuer la procédure / l'opération suivante :

Cerclage du col de l'utérus : placer une suture autour du col de l'utérus.

(Nom de la procédure/opération et brève description)

Les noms et fonctions des personnes participant à la procédure / l'opération seront consignés dans le dossier médical. Je comprends que j'ai la possibilité de demander une copie de mon dossier médical.

J'autorise également par la présente toutes opérations ou procédures supplémentaires jugées nécessaires en fonction des observations au cours de ladite procédure/opération. Tous les tissus ou parties retirés chirurgicalement peuvent être éliminés par le Centre médical de Boston conformément à la pratique habituelle.

La nature, l'étendue et le but de l'opération, les méthodes ou traitements alternatifs possibles (y compris le choix de l'absence de traitement), les risques encourus et la possibilité de complications m'ont été pleinement expliqués. Je comprends que des risques majeurs, ou des complications de la procédure puissent survenir, incluant mais sans s'y limiter :

infection, saignement, incapacité à prévenir un accouchement prématuré, lésion du col de l'utérus ou du vagin, stimulation du col de l'utérus entraînant la perte des eaux, ou des contractions, les deux pouvant entraîner une fausse couche.

Je reconnais qu'aucune garantie n'a été donnée quant aux résultats de cette procédure/opération.

Je comprends que mon médecin puisse être dans l'obligation de quitter la salle d'opération pendant ma procédure / mon opération. Mon médecin/chirurgien a expliqué et répondu à toutes mes questions concernant d'éventuelles absences.

Je comprends que cette procédure/opération puisse avoir une valeur pédagogique ou scientifique. Si des prises audio-vidéo cliniques (enregistrement photographique, vidéo, support électronique ou audio) ont lieu, je dois être tenu(e) informé(e) à l'avance par mon médecin de l'utilisation et du but de ces prises cliniques avant qu'elles ne soient effectuées dans la mesure du possible. Je comprends que j'ai le droit de refuser toute prise vidéo-audio clinique.

Je consens à l'administration (transfusion) de sang ou de produits sanguins pendant cette procédure/opération, ou durant la période postopératoire immédiate, si cela est suggéré. Je suis conscient(e) que cela implique des risques supplémentaires, incluant, mais sans s'y limiter : de la fièvre et des réactions allergiques, la transmission de maladies telles que l'hépatite, le VIH/sida et le cytomégalovirus, et une surcharge hydrique.

En cas de refus d'utilisation de sang ou de produits sanguins : les risques liés à un refus de transfusion de sang ou de produits sanguins, si elle est jugée nécessaire pendant la procédure / l'opération proposée, m'ont été expliqués par mon médecin/chirurgien. Je comprends que mon refus d'accepter une transfusion sanguine, si cela s'avérait nécessaire pendant ou immédiatement après cette procédure/opération, peut m'exposer à un risque plus élevé de complications, ou de conséquences catastrophiques incluant, mais sans s'y limiter : lésions cérébrales, infarctus, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale (dialyse), intubation prolongée, invalidité permanente et décès. Je refuse néanmoins la transfusion de sang ou de produits sanguins.

Initiales du patient : _____

Je comprends qu'il est possible qu'un ou plusieurs professionnels de l'industrie de santé (représentants techniques de fabricants d'équipements et d'appareils médicaux) soient présents pendant cette procédure/opération à des fins de conseil uniquement lié à un produit.

Si la sédation est utilisée pendant cette procédure/opération pour réduire ma douleur, je comprends que cette méthode de réduction de la douleur comporte des risques. Ces risques peuvent inclure, mais sans s'y limiter : une baisse de la pression artérielle pouvant nécessiter une perfusion et/ou l'administration de médicaments par voie intraveineuse et des difficultés à respirer pouvant nécessiter une assistance respiratoire. Les effets secondaires les

**Formulaire de consentement à une procédure/opération
Cerclage du col de l'utérus**

plus courants de la sédation sont les nausées et les vomissements. Dans de rares cas, des réactions allergiques, ou un arrêt cardiaque (arrêt du cœur) peuvent se produire. Je comprends que je peux ressentir de la douleur, même après avoir reçu la sédation.

Je certifie avoir lu et pleinement compris le formulaire de consentement ci-dessus, que des explications m'ont été apportées et que le médecin/chirurgien a répondu à toutes mes questions. Je consens à cette procédure/opération.

DATE/HEURE D'ENREGISTREMENT

Signature _____ en toutes lettres
 Nom : _____ Nom : _____ Date : _____ Heure : _____
 Patient

Signature _____ en toutes lettres
 Nom : _____ Nom : _____ Date : _____ Heure : _____
 Parent/Représentant légal (le cas échéant)

Signature _____ en toutes lettres
 Nom : _____ Nom : _____ Date : _____ Heure : _____
 Prestataire de soins/Médecin/Chirurgien

J'ai interprété les explications du prestataire de soins. (Signature de l'interprète ci-dessous, le cas échéant)

Signature _____ en toutes lettres
 Nom : _____ Nom : _____ Date : _____ Heure : _____

**ACTUALISATION DU JOUR DE LA
PROCÉDURE / L'OPÉRATION,
LE CAS ÉCHÉANT**

| | Intervenant | Nom | Année | Patient Initiales | Date | Heure |
|--------------------------|---|-----|-------|----------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Confrère | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Interne | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Médecin assistant | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Infirmier/Infirmière certifié(e) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Personnel infirmier sage-femme certifié Praticien | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Autre | | | | | |

**ACTUALISATION DU JOUR DE LA
PROCÉDURE / L'OPÉRATION,
LE CAS ÉCHÉANT**

| | Intervenant | Nom | Année | Patient Initiales | Date | Heure |
|--------------------------|---|-----|-------|----------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Confrère | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Interne | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Médecin assistant | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Infirmier/Infirmière certifié(e) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Personnel infirmier sage-femme certifié Praticien | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Autre | | | | | |