



or

Patient Name _____

Surgeon Name _____

MRN/DOB _____

**Formulaire de consentement à une procédure /
opération**
**Tentative d'accouchement par voie basse
après une césarienne (LAC en anglais)**
(Labor after Cesarean LAC)

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

le prestataire _____ (Nom
du médecin, de l'infirmière sage-femme, du dentiste ou du chirurgien responsable)

avec les 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:

Tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (LAC), Gestion, accélération, déclenchement de l'accouchement, administration de médicaments, y compris et l'ocytocine, épisiotomie, accouchement par forceps ou ventouse, césarienne d'urgence et soins d'urgence au bébé après l'accouchement, notamment : réanimation, intubation, transfusion sanguine : Gestion de l'accouchement, accouchement vaginal, incision à l'ouverture vaginale, accouchement assisté par des instruments, soins du bébé, y compris tube respiratoire dans la trachée, pose de cathéters dans le cordon ombilical et don de sang au bébé.

(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 toute opération ou procédure supplémentaire jugée nécessaire 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 :

Les risques pour la patiente sont les suivants : contractions excessives, contractions trop fortes, risque que le fœtus ne supporte pas les contractions, risque d'infection par césarienne, hémorragie, lésions du vagin, des intestins, de la vessie, des uretères, de l'utérus, transfusion sanguine, risque de blessure pour le bébé, possibilité d'hystérectomie (ablation de l'utérus). Plus précisément, risque accru de rupture utérine, avec risques d'hémorragie pour la mère et nécessité d'une transfusion sanguine, ou d'une hystérectomie (ablation de l'utérus), risque de décès et risque accru de lésions cérébrales ou de décès du fœtus. Les risques pour le bébé comprennent des lésions de la gorge ou de la trachée, une coagulation autour du cathéter, des saignements et une infection du sang.

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 au refus de transfusion de sang ou de produits sanguins, s'ils sont jugés nécessaires au cours de la procédure / 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. Néanmoins, je refuse la transfusion de sang ou de produits sanguins.

Je comprends qu'il est possible qu'un ou plusieurs professionnels du secteur de la 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.



**Formulaire de consentement à une procédure / opération
Tentative d'accouchement par voie basse après une césarienne (LAC en anglais)**

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 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.

MUST RECORD DATE/TIME

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Patient

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Provider/Physician/Surgeon

I interpreted the provider's explanation. (Interpreter must sign below, if applicable) Sign

Name: _____ Print _____ Date: _____ Time: _____

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					