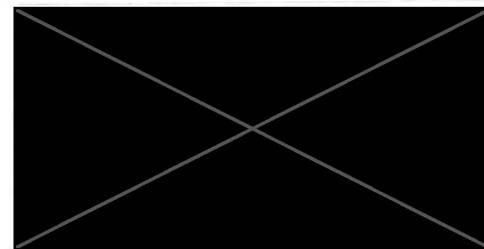




Service de chirurgie viscérale  
Rue du Bugnon 46  
CH-1011 CHUV-Lausanne



## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Dans ce texte sont appelées « intervention chirurgicale » :

- une intervention chirurgicale ;
- une procédure diagnostique ;
- une procédure thérapeutique ;
- une anesthésie.

1.

Symptômes ou doléances :

*Acute*

2.

Diagnostic:

*HNF ou Adénome zone gauche*

3.

Intervention chirurgicale (courte description) :

*Laparoscopie exploratrice + Adénome gauche + CCH*

**VOUS POUVEZ TRACER TOUT PARAGRAPHE OU PARTIE DE PARAGRAPHE POUR LEQUEL VOUS NE VOULEZ PAS DONNER VOTRE ACCORD**

Pour une intervention courante, un formulaire détaillé vous est remis en complément de ce document.

Pour une intervention moins fréquente, les explications ainsi qu'un schéma de l'intervention sont donnés par l'opérateur.



4. Je, soussigné-e \_\_\_\_\_ (nom \_\_\_\_\_ du/de la patient-e), né-e le \_\_\_\_\_ autorise le médecin désigné par le Service de chirurgie à réaliser l'intervention chirurgicale mentionnée au chiffre 3.
5. J'atteste que le/la Dr-e *Hd/K* m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale. Il/elle m'a aussi informé-e des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale proposée. On m'a donné la possibilité de poser des questions, et une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.
6. Je consens à l'administration d'une anesthésie/sédation/analgesie jugée nécessaire sous la direction d'un médecin autorisé. S'il s'agit d'une anesthésie locale, j'ai été mis au courant des possibles risques, conséquences et alternatives associés à l'administration de ces médicaments par le/la médecin susmentionné-e au chiffre 5. L'information relative à toute autre anesthésie sera donnée ultérieurement par un médecin-anesthésiste.
7. Je comprends que durant le cours de l'intervention chirurgicale, une situation non prévue peut survenir qui nécessite une procédure différente de celle envisagée et discutée. Je consens à la réalisation dans ce cas de figure et dans le cadre de l'opération prévue, à la réalisation d'une procédure chirurgicale additionnelle que le chirurgien peut considérer comme nécessaire.
8. Je consens de plus à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire par le médecin ou son(ses) associé(s)/assistant(s). Les bénéfices et les traitements alternatifs possibles m'ont été expliqués de même que les risques et conséquences possibles.
9. J'autorise également la mise en place de matériel étranger (prothèse ; par exemple filet) si le médecin le juge nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir reçu à ce sujet une information sur les risques encourus et les alternatives.





10. Chaque organe/tissu/implant enlevé chirurgicalement peut être examiné, mis à disposition et utilisé par l'hôpital pour des raisons médicales, de recherche ou d'enseignement, en accord avec la pratique autorisée.
11. Pour des raisons médicales, scientifiques ou à but d'éducation, je consens à la réalisation de photographies, video-taping et/ou prise d'images télévisées en circuit interne, ainsi que la publication de l'intervention chirurgicale réalisée, pour autant que mon identité ne soit pas révélée et que l'on ne puisse pas me reconnaître.
12. J'ai compris que ma prise en charge est assurée en équipe et que du personnel en formation peut participer aux soins qui me sont donnés, sous la supervision de spécialistes compétents. J'ai pris note que les identités des médecins qui pratiqueront l'intervention me seront communiquées avant celle-ci.
13. Je consens à ce que durant l'intervention chirurgicale, le représentant d'une entreprise de matériel médical puisse également être présent et apporter un support technique.
14. Je confirme que j'ai lu et pleinement compris les informations mentionnées dans ce document. Je comprends et accepte qu'aucune garantie ou assurance ne peut m'être faite concernant le résultat attendu de l'intervention chirurgicale.
15. J'ai été mis-e au courant des éventuels plans de soins et traitements possibles après l'opération. J'ai également été mis-e au courant des effets secondaires ou complications possibles de ces soins/traitements.

16.

Remarques du/de la patient-e :

17.

Remarques du chirurgien :

— Disque de conversion 10 V.  
— Hémorragie par 1<sup>er</sup> pzt. qd < 5%  
— Biliocèle pzt. qd < 5%.

18. J'atteste que tous les espaces libres de ce formulaire (nos 1, 2, 3, 4, 5, 16 et 17) ont été remplis avant que je le signe.

Patient-e (signature) :

Représentant-e légal-e ou thérapeutique\*

Nom (lettre majuscule) :

Date : 18.08.20

\* La signature du/de la patient-e doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement

Je, soussigné-e, le/la Dr-e..... (Nom, prénom en lettres majuscules), certifie avoir expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'examen ou traitement.

Je certifie également avoir offert au/à la patient-e la possibilité de poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait et avoir pleinement répondu à ces dernières.

J'ai informé le/la patient-e que du personnel en formation peut participer aux soins et que les identités des médecins qui pratiqueront l'intervention lui seront communiquées avant celle-ci.

Date :

Signature et timbre du médecin:

NB : CE DOCUMENT DOIT FAIRE PARTIE DU DOSSIER MÉDICAL DU/DE LA PATIENT-E UNE COPIE EST REMISE AU/À LA PATIENT-E

