

CONSENTEMENT ECLAIRE : NEPHRECTOMIE PARTIELLE version 1.1

Je soussigné, ,
certifie que, de commun accord avec le Docteur
au cours de la consultation du, il a été décidé qu'une hospitalisation était
nécessaire pour réaliser une néphrectomie partielle via le

Le médecin m'a fourni toutes les précisions par rapport à mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé si une intervention n'est pas décidée. Il m'a également informé de l'éventualité de traitements alternatifs avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin m'a exposé clairement la technique, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec ses inconvénients, ses risques, ses effets secondaires à court et long terme.

La durée de l'intervention m'a également été expliquée.

J'ai aussi reçu une brochure informative concernant l'intervention envisagée.

Le médecin a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants :

- But de l'intervention : traitement d'un cancer rénal localisé par la chirurgie

- Evénements importants ou fréquents :

* Le maintien d'une sonde vésicale et d'un drain opératoire

* Diminution de la fonction rénale par clampage des vaisseaux sanguins rénaux

- Complications possibles :

* En cas de laparoscopie ou de chirurgie robotisée : bifurcation de la laparoscopie ou de la chirurgie robotisée vers une opération à ciel ouvert du fait d'hémorragies ou de difficultés techniques (adhérences étendues, présence de matériel de prothèse, ...)

* Néphrectomie radicale au lieu d'une néphrectomie partielle : en cas d'hémorragies incontrôlables du rein ou si la tumeur est trop étendue.

* Pertes de sang nécessitant une transfusion sanguine ou une réopération.

- Rarement

* Problèmes liés à l'anesthésie ou à des problèmes cardiovasculaires nécessitant une hospitalisation en soins intensifs (par exemple pneumonie, embolie pulmonaire, AVC, thrombose veineuse profonde, infarctus du myocarde)

* Douleurs, infection ou hernie dans la zone de l'incision

* Fuite d'urine nécessitant un maintien prolongé du drain opératoire ou le placement d'un stent urétéral double J

* Ablation de la rate en cas de traumatisme au cours de l'opération entraînant une hémorragie incontrôlable

* Nécessité d'un suivi néphrologique et thérapie en cas de diminution de la fonction rénale

- Très rarement

* Dialyse rénale en cas de réduction significative de la fonction rénale. Ce risque est plus élevé si, avant l'opération, vous aviez déjà une fonction rénale diminuée ou si vous ne disposez que d'un rein.

* Décès

- Spécifique à mon cas :

...

...

Je comprends également que la médecine clinique n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut pas être totalement complète. De même, je comprends qu'il n'y a pas d'accord possible quant au résultat final de la procédure / de l'intervention.

Le médecin m'a informé du fait que l'équipe médicale peut être dans l'obligation d'élargir l'intervention à des traitements autres qui ne peuvent pas être prévus, mais qui sont d'une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé. Par la présente, je donne donc mon accord au médecin traitant d'effectuer, au cours de l'intervention prévue, tous les gestes opératoires complémentaires nécessaires.

Je comprends qu'une personne autre peut effectuer l'intervention mais celle-ci aura l'expérience requise.

Je déclare être au courant du coût estimé engendré par l'intervention programmée, aussi bien ceux qui sont à ma charge que ceux pris en charge par l'assurance hospitalisation.

Le médecin traitant m'a laissé l'opportunité de poser des questions auxquelles il a répondu de façon claire.

Par la présente, je donne mon autorisation d'effectuer l'intervention décrite ci-dessus, aux conditions détaillées ci-dessus.

Je donne mon autorisation pour effectuer, si nécessaire, une transfusion sanguine en per- ou postopératoire / traitement.

Je donne mon accord pour procéder pendant l'intervention à des enregistrements ou prises de photos qui pourraient plus tardivement servir de base pour un symposium médical ou une publication scientifique. L'anonymat est cependant totalement garanti.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

Fait le

Nom du patient :

Signature du patient :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

Pour de plus amples informations, vous pouvez toujours contacter le service d'urologie :

E-mail:

Ce formulaire de consentement éclairé a été élaboré sous les auspices du groupe de travail "Quality of care" de l'asbl Société belge d'urologie (SBU)/VZW Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), de l'Association professionnelle belge des urologues/Belgische Beroepsvereniging van Urologen (APUB/BBVU), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS) et de l'asbl Belgian Association of Urology (BAU) pour le contenu clinique et du cabinet d'avocats Dewallens & partners BVBA pour le contenu juridique.