

FORMULAIRE D'ACCEPTATION ET DE CONSENTEMENT D'ADMISSION DU PATIENT

Nom et Prénom :.....

Numéro d'identification TR :.....

Sexe/Âge :.....

Numéro de protocole :.....

Type d'arrivée :.....

Date/heure d'arrivée :.....

Profession :.....

État civil :.....

Adresse:.....

Téléphone Domicile :..... **Téléphone mobile:**.....

Téléphone du proche : (en cas d'indisponibilité en cas d'urgence) :

Service où le patient est hospitalisé :.....

Médecin admettant le patient :.....

Diagnostic du Patient :.....

1-En étant hospitalisé sous l'autorité, l'observation et la méthode du médecin....., J'autorise les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé à effectuer les interventions diagnostiques nécessaires et les traitements médicaux appropriés à ma maladie ou à mon état de santé. Les objectifs des procédures de diagnostic et des traitements, les méthodes de traitement alternatives, les risques et complications possibles ont été expliqués et mes questions ont reçu des réponses.

2-Je/Nous autorise le Dr..... et lui demander de réaliser ces demandes Évaluer mes plaintes, qui sont à l'origine de ma candidature, de mon plein gré, sans aucune pression ni orientation, effectuer les examens et examens nécessaires sans aucune restriction, tirer des conclusions et mettre en œuvre les pratiques jugées appropriées.

3-Mon médecin Dr..... moi/nous, avoir expliqué qu'il existait une maladie liée à ma santé/à celle de notre patient qui pourrait s'exprimer par ,. Quelle est ma maladie, ses causes, sa fréquence d'apparition, ce qui doit être fait pour le diagnostic et le traitement, et les alternatives de traitement, d'une manière beaucoup plus large que les affirmations énumérées dans les 15 éléments de ce document, Il a énumérée les possibilités attendues et inattendues, plus ou moins dangereuses, qui peuvent survenir tant au cours des procédures de diagnostic que de traitement, m'a/nous a informé et m'a/nous a demandé si j'avais mon consentement. Je comprends/nous comprenons et acceptons que toutes ces conséquences peuvent survenir avec notre propre consentement et notre propre demande

4-Je sais/Nous savons, comprenons, consentons et exigeons que En plus de ce qui a été expliqué sur mon état de santé/l'état de notre patient lors de la première demande et sur les pratiques de diagnostic et de traitement prévues, différents diagnostics peuvent être posés par l'hôpital/le médecin et d'autres médecins, autre les pratiques de diagnostic et de traitement pré-planifiées, différentes procédures peuvent même être réalisées par différentes cliniques et disciplines, et que, si cela est jugé nécessaire, le traitement de mon/notre patient peut être poursuivi partiellement ou totalement dans des conditions de soins intensifs ou même dans une unité de réanimation, sans nécessiter une autorisation séparée.

5-Je/Nous savons que Le sang et les produits sanguins peuvent être utilisés dans leur ensemble ou dans le cadre d'applications, avec des conséquences graves liées à cette utilisation, notamment fièvre, sang et réactions sanguines, choc, insuffisance rénale, insuffisance médullaire due à l'arrêt de la production

sanguine, à la jaunisse et au SIDA, Je sais/nous savons qu'il existe un risque de maladies infectieuses qui peuvent être détectées tôt ou tard ; et par la présente, je comprends et j'y consents ; et je demande/nous demandons qu'il soit utilisé si nécessaire.

6-Je/Nous savons que L'injection intraveineuse peut être appliquée en partie ou en totalité dans l'application, À la suite de l'application, douleur à l'entrée de l'aiguille et après l'intervention, ecchymoses dans la zone où l'intervention a été réalisée, sortie de l'aiguille de la veine, accumulation du médicament sous la peau et dans les structures autour de la veine, Accumulation de sang autour du site de l'aiguille, douleur, rougeur et gonflement le long de la veine résultant d'une infection par des microbes, d'une inflammation de la veine ou du développement d'un caillot à l'intérieur de celle-ci, l'aiguille entrant dans l'artère, l'air entrant dans la veine et créant un bouchon d'air, Je sais/nous savons qu'une allergie ou un choc allergique peut se développer au médicament administré; J'accepte/nous consentons par la présente, étant entendu que cette pratique comporte des risques et des dangers en plus des complications générales

7- Des parties d'organes ou de tissus peuvent être prélevées d'une autre partie du corps dans le corps de mon corps/patient dans son ensemble ou dans le cadre des applications ; ou des matériaux/matiériaux chirurgicaux étrangers temporaires ou permanents en métal, synthétiques, etc. peuvent être utilisés depuis l'extérieur du corps ; Je sais/nous savons qu'ils peuvent être infectés ou ne pas présenter les fonctions attendues, ou peuvent être rejetés par l'organisme, qu'ils peuvent être infectés ou ne pas présenter les fonctions attendues, qu'il faudra peut-être les retirer à nouveau et des interventions chirurgicales distinctes peuvent être nécessaires pour cela ; J'y consens/nous y consentons par la présente, sachant que ces pratiques comportent des risques et des dangers en plus des complications générales.

8-On m'a/on nous a dit, je sais/nous savons, je suis conscient/nous sommes conscients, que ; Les actes à réaliser pourraient ne pas permettre de diagnostiquer toutes les pathologies/maladies liées à ma santé/à celle de notre patient, et les hôpitaux et les médecins ne garantissent pas la guérison complète de toute maladie ou état pathologique/état de notre patient qui existe encore ou dont je suis actuellement au courant ou dont je ne suis pas au courant, ce qui m'a amené à postuler pour cette candidature, On m'a/on nous a dit, je sais/nous savons, je suis conscient/nous sommes conscients, qu'il pourrait y avoir de nouvelles maladies/conditions pathologiques et complications qui n'existaient pas auparavant et cela peut dépendre des résultats des pratiques de diagnostic ou de traitement qui peuvent survenir pendant ou après les procédures.

9-Je comprends et j'approuve que tout diagnostic ou traitement, y compris la chirurgie, concernant cette demande peut ne pas être complété s'il est jugé nécessaire, ou peut être divisé en plusieurs séances et effectué sous forme d'applications/chirurgies distinctes, ou peut ne pas être mis en œuvre du tout.

10-Toutes les conséquences que je pourrais rencontrer si je ne reçois pas de traitement/notre patient ne reçoit pas de traitement, comme cela m'a été expliqué et liées à chaque procédure à effectuer pendant le diagnostic et le traitement, Je sais qu'il y a des effets secondaires tels que Anémie, que je sais être courante, infection/infection, y compris méningite, caillots sanguins dans les veines et les poumons, saignements sur le site chirurgical ou à distance, réaction allergique, œdème tissulaire, crise d'épilepsie, Cela m'a été expliqué clairement et de manière à ce que je puisse comprendre que je pouvais vivre des événements tels qu'un dysfonctionnement temporaire ou permanent d'un organe ou d'un système, une faillite ou un décès. D'autres risques comprennent un léger inconfort, un engourdissement dans la zone d'incision ou des cicatrices permanentes ou une déformation de la tête, des bras, des jambes ou du corps résultant de l'ablation ou de l'ajout d'os, une intervention chirurgicale ou une déformation corporelle, un écoulement de liquide cérébral provenant du site chirurgical ou fonctionnel, des maux de tête ou des douleurs chroniques/à long terme, une perte temporaire ou permanente de la voix résultant d'une paralysie des cordes vocales, du visage, des sourcils, des dents, de l'audition, de la déglutition, Perte de fonction temporaire ou permanente liée aux mouvements oculaires et oculaires, au contrôle urinaire ou à la défécation, ou liée à la personnalité, à une invalidité due à des lésions tissulaires ou organiques, ou à l'émergence d'un besoin permanent de prendre des médicaments ou des hormones, Et je sais qu'il existe des effets secondaires tels que des douleurs et des engourdissements à court ou à long terme dus au positionnement lors des applications. Et j'accepte ces

risques.

11-Je/nous savons que Les procédures de soulagement de la douleur avec anesthésie locale/régionale, rachidienne, péridurale/moelle épinière ou anesthésie générale qui peuvent être appliquées à moi/notre patient pendant les pratiques de diagnostic et de traitement présentent un risque supplémentaire en elles-mêmes, Je sais/nous savons que ces risques comprennent des problèmes respiratoires, des réactions médicamenteuses, une forte fièvre incontrôlable, une paralysie de toute partie du corps ou des nerfs, des lésions cérébrales et la mort. Je comprends et approuve tous ces risques.

12-Je/Nous savons que Les dispositifs médicaux tels que les rayons X, la scolie, l'échographie, la scintigraphie, la tomodensitométrie, la résonance magnétique, etc. peuvent être utilisés lors des applications de diagnostic et de traitement ; Je peux/notre patient peut être exposé à des rayons X, à des radio-isotopes/énergie nucléaire, à des rayonnements à ondes courtes et longues ; Je peux/notre patient peut être exposé à des rayons X, à des radio-isotopes/énergie nucléaire, à des rayonnements à ondes courtes et longues, Je sais/Nous savons que ces pratiques peuvent entraîner des conséquences imprévisibles, notamment une aplasie médullaire et une anémie, une défaillance du système de défense, une défaillance des organes reproducteurs qui empêche d'avoir des enfants, ou le développement d'un cancer même après une longue période, J'approuve/approuve leur utilisation si cela est jugé nécessaire.

13- J'autorise/nous autorisons et approuvons, sachant que j'ai/nous avons le droit de nous opposer Concernant l'examen, le stockage, l'utilisation, la destruction ou la production de tout organe ou tissu à prélever de quelque manière que ce soit, ou de ses images, ou des tissus ultérieurs qui en seront produits, et toute information à obtenir lors des candidatures liées à ma santé/à celle de mon patient, à des fins scientifiques.

14-J'ai/nous avons lu clairement l'intégralité de ce document écrit. Comme je ne sais pas lire, il m'a/nous a été lu de manière compréhensible./Il a été traduit et expliqué. J'ai/nous avons eu l'occasion de poser toutes sortes de questions, d'évaluer et de prendre des décisions concernant mon état de santé/l'état de santé de notre patient, pendant et après ma/candidature et en remplissant ce formulaire. Ils ont eu la possibilité de poser des questions, d'évaluer et de prendre des décisions, notamment de ne pas fournir de traitement. Toutes sortes d'alternatives de traitement et de diagnostic, y compris l'absence de traitement, ainsi que leurs risques et menaces ont été expliqués et je crois qu'avec ce qui est écrit dans ce document et les réponses que j'ai reçues à ma (mes) question(s), j'ai/nous avons reçu des informations suffisantes et satisfaisantes sur ma santé/la santé de notre patient et les pratiques à réaliser, et je donne/nous donnons mon consentement en signant ce formulaire de mon plein gré, sans subir aucune pression.

INFORMATIONS PERSONNALISÉES:

Nom et prénom du patient :

Signature : Date/Heure :/.....

Les proches du patient

Nom et surnom :

Signature : Date/Heure :/.....

Médecin :

Nom et surnom :

Signature : Date/Heure :/.....