	DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ	Numéro du document : HD-FR-713 Date de parution : 23.10.2023
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ŒSOPHAGOGASTROSCOPIE	Numéro de révision : 00 Date de révision : Numéro de page:1/2

Nom et prénom du patient :

Date :

Protocole n°:

INFORMATIONS DE DIAGNOSTIC:

L'œsophagogastroskopie est le processus d'examen de l'œsophage et de l'estomac à l'aide d'un instrument appelé œsophagogastroscope ; L'œsophagogastroskopie est réalisée pour examiner l'œsophage, l'estomac et, si vous le souhaitez, la partie initiale du duodénum et de l'intestin grêle, prélever des échantillons, retirer les corps étrangers et administrer des médicaments aux vaisseaux hypertrophiés de l'œsophage et de l'estomac.

INFORMATIONS SUR LA GESTION DU TRAITEMENT:

Votre médecin évaluera votre œsophage, votre estomac et votre duodénum (la première partie de l'intestin grêle). Pour ce faire, le médecin utilisera un appareil fin et flexible appelé endoscope. De cette façon, son contenu peut être vu sur l'écran vidéo. Ce processus prend environ 5 à 10 minutes. Ces délais varient en fonction de l'état du patient.

La procédure commence par la pulvérisation d'un anesthésique local (médicament) dans la gorge à l'aide d'un spray. Si votre médecin estime qu'il est nécessaire que vous vous détendiez, il peut également vous administrer un sédatif par voie intraveineuse. Vous serez ensuite allongé sur le côté gauche et le médecin fera avancer l'endoscope dans l'œsophage, l'estomac et le début de l'intestin grêle. L'endoscope ne pose aucun problème respiratoire. La plupart des patients ressentent un certain inconfort pendant le test et pendant la majeure partie du sommeil.


Votre médecin peut retirer de petits morceaux de peau de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum pour un examen pathologique.

COMPLICATIONS ET RISQUES DU TRAITEMENT:

- Déchirure (perforation) de la paroi de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum. Ceci est rare et une intervention chirurgicale peut être nécessaire. En conséquence, vous risquez de rester longtemps à l'hôpital.
- Saignement à l'endroit où la biopsie a été effectuée ou à l'endroit où le polype a été retiré. Il s'agit généralement d'une petite quantité et est généralement arrêtée avec un endoscope. Dans de rares cas, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour arrêter le saignement.
- L'infection pulmonaire n'est pas courante et survient généralement à la suite de la pénétration de vomissements dans les poumons.
- Le temps de traitement peut être plus long en raison de problèmes internes ou techniques.
- Il existe également un risque très rare de passer à côté d'un trouble ou d'une maladie liée à votre maladie.
- D'autres risques possibles sont le développement d'allergies aux tranquillisants et le risque de maladies pulmonaires ou cardiaques.
- La mort peut survenir en fonction du risque de la procédure, mais elle est très rare.

RISQUES IMPORTANTS ET OPTIONS DE TRAITEMENT APPROPRIÉES:

Le médecin m'a expliqué les risques et les problèmes spécifiques qui pourraient survenir en cas de problème. Le médecin a expliqué les options de traitement appropriées, ainsi que les risques pouvant survenir si l'intervention n'est pas effectuée. Je comprends également qu'il peut exister des traitements

	DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ	Numéro du document : HD-FR-713 Date de parution : 23.10.2023
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ŒSOPHAGOGASTROSCOPIE	Numéro de révision : 00 Date de révision : Numéro de page:2/2

alternatifs. Je ne veux pas continuer à discuter de ces risques et options de traitement avec le médecin de l'hôpital. Je suis également conscient des risques qu'ils courront si la transaction n'aboutit pas.

CONSENTEMENT DU PATIENT:

Ils m'ont donné un formulaire d'information du patient et je l'ai lu. Je comprends les risques et les conséquences possibles de cette procédure. Je suis conscient qu'il existe d'autres options de traitement disponibles et qu'elles comportent également des risques. Je connais les risques auxquels je serai confronté si ce processus ne se produit pas.

J'ai eu la possibilité de prendre rendez-vous avec mon médecin afin de pouvoir poser des questions sur mon état, la procédure et ses risques, ainsi que mes options de traitement. Je n'ai aucune question à discuter avec les médecins de l'hôpital.

Je sais qu'en cas d'urgence, je pourrai recevoir du sang pendant l'intervention.

Je sais qu'un médecin non spécialiste ayant une formation avancée dans ce domaine peut réaliser cette procédure. Je comprends que je recevrai un traitement approprié si des événements mettant immédiatement ma vie en danger se produisent pendant l'intervention. On ne m'a donné aucune garantie que la procédure améliorerait mon état et je sais que la procédure pourrait aggraver mon état.

J'ai lu ce formulaire consciemment, sans avoir besoin d'explications supplémentaires, sans aucune pression, et en signant ce formulaire de consentement, j'autorise l'exécution des démarches nécessaires.

Nom et prénom du patient:

Signature:

Date et heure:

DÉCLARATION D'UN TÉMOIN

Je suis témoin de la signature du patient.

Offrir au patient/membre de la famille qui prend des décisions au nom du patient la possibilité de discuter de tout problème avec le médecin de l'hôpital. Je suis d'avis que le patient/membre de la famille qui prend la décision au nom du patient comprend les informations ci-dessus.

Nom et prénom du témoin :

Signature:

Date et heure:

Des explications adéquates et satisfaisantes ont été données au patient/parent du patient dont le nom est écrit ci-dessus sur ma maladie, l'intervention à réaliser, la raison et les bénéfices de cette intervention, les soins requis après l'intervention, les risques attendus, les le type d'anesthésie à appliquer si nécessaire pour l'intervention, ainsi que les risques et complications de l'anesthésie. Le patient/membre de la famille du patient a lu et signé ce formulaire avec son propre consentement, indiquant qu'il a été suffisamment informé de son admission.

Nom et prénom du médecin :

Signature:

Date et heure: