

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ  | Numéro du document : HD-FR-734<br>Date de publication : 03.11.2023<br>Numéro de révision : 00<br>Date de révision:<br>Numéro de page:1/3 |
|   | INFORMATION DU PATIENT ET DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE D'ABLIMINATION DE L'ANNEAU GASTRIQUE |  |

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Numéro de protocole :

Date/Heure:

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Dans la chirurgie de gastroplastie à bande verticale, ou sous son nom familier connu sous le nom de méthode d'agrafage de l'estomac, une bande en silicone est placée autour de l'estomac à environ 20 mm sous la jonction de l'œsophage et de la moelle épinière. La paroi intérieure de la ceinture ressemble à un ballon longitudinal ou à un pneu de vélo. Ce ballon est relié à un port de Dunderthesk par un mince tube. La bande est dégonflée pendant l'intervention chirurgicale, mais est progressivement gonflée par des injections de sérum depuis l'orifice sous la peau après environ 1 mois. De cette manière, la taille du transit gastrique peut être modifiée par une simple intervention postopératoire. En chirurgie, tout d'abord, la capsule du tissu conjonctif entourant la bande est ouverte, les points qui fixent la bande à l'estomac, le cas échéant, sont coupés et retirés autour de l'estomac, l'orifice sous la peau est retiré en entrant par la même incision que la procédure laparoscopique dans la plupart des cas après son achèvement.

### Bénéfices attendus de la procédure :

Votre médecin vous informera des bénéfices attendus de l'intervention.

### Conséquences pouvant être constatées si l'opération n'est pas réalisée :

Vos plaintes actuelles continueront.

### Alternatives à la procédure, le cas échéant:

- Aucune ablation ou réduction d'une quelconque partie de l'estomac n'est effectuée.
- La laparoscopie peut être effectuée
- Peut être complètement inversé si nécessaire.
- C'est une méthode ajustable.

### Risques et complications de la procédure:

#### Complications générales:

- Certaines zones des poumons peuvent se fermer. Et cela augmente le risque d'infection pulmonaire. Des traitements respiratoires et des antibiotiques peuvent être nécessaires.
- Des caillots peuvent apparaître dans les veines des jambes, accompagnés de douleurs et d'enflures. Un morceau de ce caillot peut se détacher et atteindre les poumons et être mortel, mais cela est rare.
- Une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral peut survenir en raison d'une surcharge cardiaque.
- Des décès liés à une intervention chirurgicale peuvent survenir.
- Il existe un risque de thrombose (formation de caillot intravasculaire) dû à des plaies et à des infections pulmonaires.

Les patients obèses et/ou les fumeurs courent un risque accru d'infections des poumons et des plaies, de complications cardiaques et pulmonaires et de thrombose.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ</b>  | Numéro du document : HD-FR-734<br>Date de publication : 03.11.2023<br>Numéro de révision : 00<br>Date de révision:<br>Numéro de page:2/3 |
|   | <b>INFORMATION DU PATIENT ET DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE D'ABLIMINATION DE L'ANNEAU GASTRIQUE</b> |  |

Complications de la procédure:

- Aucune ablation ou réduction d'une quelconque partie de l'estomac n'est effectuée.
- Cela peut être fait par laparoscopie.
- Peut être complètement inversé si nécessaire.
- C'est une méthode ajustable.

**Durée estimée de la procédure :**

La durée estimée de la procédure est de 1 heure.

**Effets nocifs possibles des médicaments à utiliser et points à considérer :**

Utilisez les médicaments recommandés par votre médecin conformément aux instructions d'utilisation.

Votre médecin vous informera des effets nocifs possibles des médicaments et des éléments à prendre en compte.

**Considérations auxquelles le patient doit prêter attention avant et après la procédure :**

Votre médecin vous dira à quoi faire attention avant et après la procédure.

**Problèmes qui peuvent survenir si le patient ne prête pas attention aux questions à suivre :**

Votre médecin vous informera des problèmes que vous pourriez rencontrer si vous ne prenez pas attention aux considérations à suivre.

**Comment obtenir une aide médicale pour le même problème si nécessaire:**

Ne pas accepter un traitement/une intervention chirurgicale est une décision que vous prendrez de votre plein gré. Vous pouvez présenter une nouvelle demande en personne dans nos hôpitaux pouvant réaliser le traitement/l'opération en question si vous changez d'avis. Numéro de téléphone : 0282 726 05 55

Recherche médicale : J'accepte l'examen des informations cliniques contenues dans mon dossier médical pour l'avancement des études médicales, de la recherche médicale et de l'éducation médicale, à condition que les règles de confidentialité des patients contenues dans le règlement sur les droits des patients soient respectées. J'accepte que les résultats de la recherche soient publiés dans la littérature médicale, à condition que cela protège la confidentialité des patients. Je comprends que je peux refuser de participer à cette étude et que ce refus n'affectera pas négativement mon traitement.

**Informations personnelles**

Médicaments utilisés :

Temps de saignement :

Allergie :

Autres maladies :

Nom et prénom du patient : ..... Signature : ..... Date/Heure : .....

Prénom Nom du médecin : ..... Signature : ..... Date/Heure: .....

**Photographie / Spectateurs:**

J'autorise la photographie ou l'enregistrement vidéo de la procédure, y compris des parties appropriées de mon corps, à des fins scientifiques, médicales ou éducatives, à condition que les images ne révèlent pas

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ</b>   | Numéro du document : HD-FR-734<br>Date de publication : 03.11.2023<br>Numéro de révision : 00<br>Date de révision:<br>Numéro de page:3/3 |
|  | <b>INFORMATION DU PATIENT ET DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE D'ABLIIMINATION DE L'ANNEAU GASTRIQUE</b> |  |

mon identité. Je suis également favorable à l'admission d'observateurs qualifiés dans la salle d'opération pendant l'intervention chirurgicale afin d'améliorer la formation médicale. J'ai lu et compris le contenu du formulaire de consentement éclairé. Tous les espaces vides de ce formulaire ont été remplis avant que vous ne signiez et n'en fassiez une copie.

**Consentement éclairé:**

Je comprends que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et qu'aucune garantie ne peut être donnée quant aux résultats ou au traitement. Dans le document de consentement et lors de la réunion avec les médecins, j'ai reçu des informations détaillées sur mon état, la procédure et les risques à appliquer, ainsi que les options de traitement. Nous déclarons que nous sommes conscients de notre responsabilité à cet égard et que nous acceptons et approuvons l'opération sans aucune forme de violence, suggestion, pression matérielle ou morale.

Radiographie, scopie, échographie, scintigraphie, tomodensitométrie, résonance magnétique, etc. lors d'interventions. que le recours à des dispositifs médicaux peut être nécessaire ; Je sais que je peux être exposé à des rayons pouvant avoir des effets néfastes sur ma santé du fait de certains de ces appareils/applications, j'autorise l'utilisation de ces dispositifs médicaux si nécessaire

Je sais que très rarement une situation différente peut survenir au cours du processus qui n'a pas été vécue auparavant et, dans ce cas, j'autorise et j'approuve l'équipe qui exécutera le processus pour prendre les initiatives qu'elle juge appropriées.

Je signe ce formulaire en connaissance de cause, sans aucune explication supplémentaire, sans aucune pression.

Nom et prénom du patient:

Date-heure :

Signature:

soit

Responsable du patient/ récentes

Date/Heure:

Prénom Nom :

Signature :

(Proximité.....)

Des explications suffisantes et satisfaisantes ont été données au patient/parent du patient dont le nom est écrit ci-dessus, sur la 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 pour l'intervention, si nécessaire, 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, confirmant qu'il était suffisamment informé pour l'inscription.

Prénom du médecin Nom :

Date/heure :

Signature: