



Consentement Éclairé du (de la) Patient(e) EVLTL (Traitement Endoveineux au Laser)

Je _____ (patient(e) ou tuteur/trice) autorise Dr. _____ et ses collaborateurs(trices)/assistant(e)s à effectuer l'intervention décrite ci-dessous. Il s'agit d'une ablation endoveineuse au laser de ma grande veine saphène droite et/ou gauche et possiblement de la sclérothérapie associée pour une injection sclérosante.

Je comprends que l'intervention se déroulera de la manière suivante: le médecin, à l'aide d'un appareil à ultrasons, insérera une fibre laser et une gaine d'introduction dans la veine malade, à partir du genou et en direction de l'aine. Une fois que la gaine d'introduction et la fibre laser seront en position, le médecin déclenchera la source d'énergie et fera lentement descendre la gaine d'introduction et la fibre à l'intérieur de la veine, pour l'obturer sous l'effet de la chaleur.

Je comprends que la correction de l'insuffisance veineuse entraînée par le reflux sanguin ou l'inversion descendante de la circulation sanguine dans ma jambe justifie cette intervention.

Je comprends et on m'a avisé que ce n'est pas une procédure médicalement nécessaire.

Les principaux autres traitements sont les suivants: éveilage, ligature et injections guidées par ultrasons, obturation à l'aide d'un cathéter à radiofréquence, injections et port permanent de bas de contention médicaux à compression graduée.

Cette autorisation est accordée, en sachant que toute intervention comporte certains risques et dangers. Les risques suivants sont notamment associés à l'intervention EVLT : infection, hémorragie, cicatrices, réactions allergiques, lésion nerveuse (engourdissement ou picotement cutanés), caillot dans le réseau veineux profond, ainsi que brûlure thermique, pigmentation dans la région de la veine et saignement. Je comprends que les risques les plus fréquents sont les suivants : hémorragie, douleur, enflure de la jambe ou de la cheville, bosses ou hématomes (susceptibles d'exiger une aspiration).

Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. Je comprends que la guérison de ma maladie veineuse et les résultats de l'intervention n'ont fait l'objet d'aucune garantie.

Je comprends et donne mon consentement de me donner de l'épinéphrine, et/ou de l'antihistaminique dans le cas d'une réaction allergique sévère. Je comprends que mes signes vitaux seront suivis par un moniteur de poux/pression artérielle/saturation d'oxygène. Je comprends qu'une trousse d'urgence avec défibrillateur et de l'assistance médicale est disponible pour mon médecin dans la clinique sans rendez-vous dans le même bâtiment et que, dans le cas d'urgence, je pourrais être transféré(e) à une salle d'urgence d'un hôpital à proximité.

Consentement du (de la) patient (e): J'ai lu ce formulaire de consentement et je comprends que je ne dois pas le signer, à moins d'être satisfait(e) des réponses et des explications apportées à chacune de mes questions. Je n'ai plus de questions.

Patient(e) ou tuteur/tutrice

Témoin

Date