

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT CARDIOLOGIE

Consentement

Je soussigné(e)

adresse :

date de naissance :/...../.....

**VIGNETTE DU (DE LA)
PATIENT(E)**

donne mon consentement à mon médecin traitant pour : *veuillez cocher la mention applicable dans votre cas*

- ☐ la réalisation d'un(e) cathétérisme cardiaque/coronarographie
- ☐ la réalisation d'une dilatation par ballonnet avec ou sans implantation d'un *stent*
- ☐ le placement d'un *angio seal* (*se renseigner sur le prix coûtant au cathlab*)
- ☐ l'intégration de données anonymes me concernant dans la banque de données du groupe de travail belge de cardiologie interventionnelle
- ☐ l'implantation d'un système de stimulation cardiaque (fils + pile)
- ☐ le remplacement d'une pile de stimulateur cardiaque (*pacemaker*)
- ☐ le remplacement du (des) fil(s)

Confirmation des informations reçues

- Je confirme avoir reçu des explications orales de mon médecin traitant ou du collaborateur compétent.
- J'ai reçu des informations sur les avantages et les inconvénients possibles, les alternatives éventuelles.
- Je confirme avoir pu poser des questions supplémentaires et avoir reçu une réponse suffisante à ce sujet.
- J'ai reçu la brochure d'informations visant à corroborer les explications orales déjà obtenues et je confirme l'avoir lue.

Informations supplémentaires, spécifiques à une intervention au service de Cardiologie :

- Je confirme avoir obtenu des renseignements sur les effets secondaires et les risques éventuels liés à l'intervention, la durée de l'intervention, le suivi et les répercussions financières allant de pair avec l'intervention et le séjour à l'hôpital.
- J'ai connaissance du fait que l'intervention peut également être réalisée selon la méthode classique. J'opte néanmoins explicitement pour la technique de l'*angio seal* et je suis disposé(e) à payer un montant de euros à cet effet.
- J'ai connaissance du fait qu'aucune intervention de chirurgie cardiaque n'est pratiquée à l'Hôpital Jan Yperman. En cas d'urgence, l'intervention est programmée en concertation avec moi-même, ma famille ou le représentant légal. Si besoin est, l'hôpital dispose d'une procédure de transport médicalisé urgent.
- J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Date :/...../.....

Nom du (de la) patient(e) ou du représentant légal :
(mentionner le lien avec le (la) patient(e))

.....

Mentionner « Lu et approuvé ».

Signature :

Date :/...../.....

Nom du médecin :

.....

Signature :