

## Cardiologie

Hôpital universitaire de Bâle  
Petersgraben 4, CH-4031 Bâle  
Téléphone +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

Information et consentement éclairé du patient

### **Traitement par cathétérisme d'une fuite entre les cavités cardiaques droites et gauches, c.-à-d. communication interauriculaire (CIA), fermeture d'un foramen ovale perméable (FOP) ou d'une communication interventriculaire (CIV)**

J'ai reçu les informations sur l'intervention qui est prévue pour moi et j'ai donné mon accord pour sa réalisation.

Je suis informé(e) de l'objectif, des chances de réussite et des risques, ainsi que des autres options de traitement. Je sais que, pendant la mise en œuvre du traitement par cathétérisme, mon docteur (ma doctoresse) devra prendre des mesures supplémentaires en fonction de la situation, pour obtenir le meilleur résultat possible. En particulier, cela peut rendre nécessaire le recours à un examen échographique à travers l'oesophage (échographie trans-œsophagienne) ou à un examen échocardiographique (échographie intracardiaque/échocardiographie). Je sais que, dans certains cas, le dispositif de type ombrelle ne peut pas être placé et qu'un traitement chirurgical d'urgence ou planifié doit alors être réalisé.

Je suis également informé(e) que, dans de rares cas (> 1 %), le dispositif de type ombrelle peut se détacher après la pose et qu'il doit ensuite être retiré hors du cœur via le cathéter ou une opération chirurgicale. Je sais que l'intervention rend nécessaire la prise d'un traitement anticoagulant pendant six mois. Les autres complications graves sont l'embolie gazeuse dans l'artère ou la lésion des vaisseaux sanguins. Elles se produisent en général très rarement (< 1 %). Je sais qu'elles peuvent provoquer des troubles du rythme cardiaque, qui doivent être traités par des médicaments, après l'implantation du dispositif de type ombrelle.

J'ai été informé(e) que, dans certains cas, un espace peut subsister et qu'un deuxième traitement peut s'avérer nécessaire.

J'ai également été averti(e) des risques généraux liés au cathétérisme cardiaque. Je sais que des saignements, p. ex. au site d'injection, et des troubles du rythme cardiaque peuvent apparaître et qu'ils doivent être traités. Les autres complications graves (allergie sévère aux médicaments utilisés, troubles circulatoires et formation de caillots sanguins dans les artères, troubles rénaux, accident vasculaire cérébral, etc.) surviennent chez moins de 1 % des patients.

Comme il existe un risque faible d'infection bactérienne, je prendrai un antibiotique après l'intervention et des antibiotiques seront pris à titre préventif après des soins dentaires ou une autre intervention, ou en cas de maladie accompagnée de fièvre, pendant les mois qui suivent l'intervention.

## **Espace pour dessiner un croquis/écrire une note personnelle :**

### **S'il vous plaît parlez avec nous**

Si vous n'avez pas compris quelque chose, ou si une question qui vous semble importante n'a pas été abordée dans ce formulaire ou lors de l'entretien personnel que vous avez eu avec votre médecin.

### **Déclaration de consentement**

Monsieur/Madame le/la docteur/e ..... a eu avec moi un entretien d'explication se basant sur le présent formulaire d'information ainsi que sur les résultats des examens préliminaires. J'ai compris ces explications et ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je désirais. Après avoir reçu toutes les réponses à mes questions, je me déclare par la présente disposé à subir l'intervention proposée. Je donne mon accord à toutes les procédures d'urgence qui découleraient directement de l'intervention.

Signature de la patiente/du patient: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

### **Consentement à la collecte des données et à leur analyse**

J'accepte la collecte et l'analyse des données scientifiques de mon traitement, sous une forme électronique cryptée.

Si nécessaire, la traçabilité des données est assurée pour l'assurance qualité. Nous vous garantissons un droit d'accès illimité pour consulter vos données archivées.

Signature de la patiente/du patient: .....

Lieu et date: .....