

## TRAITEMENT DE LA FISTULE : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Instructions : Lisez le formulaire du début à la fin avec la cliente, et écrivez le nom complet de la cliente en caractères d'imprimerie dans l'espace réservé à cet effet sur la première ligne ci-dessous. Demandez à la cliente de mettre ses initiales dans l'espace prévu à cet effet avant chaque chiffre, une fois qu'elle aura lu la déclaration. Après que la cliente aura lu ou entendu la déclaration, demandez-lui d'apposer soit ses initiales, soit son empreinte digitale soit toute marque convenue, sur la ligne de signature. Suivez les instructions relatives à la signature d'un témoin. Demandez au médecin ou à la personne désignée de signer le formulaire avant le commencement des préparations préopératoires.

Je soussignée, \_\_\_\_\_, demande qu'une intervention chirurgicale pour  
(nom de la cliente)  
traiter une fistule soit effectuée sur ma personne.

Je fais cette demande de mon plein gré et en toute connaissance de cause, sans y avoir été forcée et sans que quiconque ait fait pression sur moi ou m'ait offert de récompenses spéciales. Je comprends les choses suivantes :

- 1. La procédure qui va être réalisée sur moi est une procédure chirurgicale dont les détails m'ont été expliqués, et je les comprends.
- 2. Cette procédure chirurgicale comporte des risques de complications tels que des saignements, des lésions d'autres organes, des infections, voire le décès de la patiente.
- 3. Cette procédure offre les avantages d'éliminer la fistule et les symptômes associés suivants : écoulements, souillures, ou les deux.
- 4. Le succès d'aucune procédure chirurgicale ne peut être garanti à 100 % pour tous les patients ; il existe la possibilité que les symptômes continuent ; il sera peut-être également nécessaire d'effectuer une intervention chirurgicale supplémentaire, ou une opération supplémentaire ne sera peut-être pas une option..
- 5. Cette procédure chirurgicale ne garantira pas la fécondité souhaitée à l'avenir.
- 6. A la suite de cette procédure chirurgicale, je devrai respecter une période d'abstinence sexuelle (3 à 6 mois après la réparation), qui sera suivie de l'utilisation de méthodes de planification familiale pendant un certain temps avant que je puisse essayer d'avoir un enfant.
- 7. Je peux décider de ne pas bénéficier de la procédure avant la réalisation de l'opération (et aucune prestation ou aucun service, médical ou autre, ne me sera retiré en conséquence).

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature ou marque de la cliente

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant/personne désignée

Si la cliente ne sait pas lire, un témoin choisi par la cliente, et parlant la même langue qu'elle, doit signer cette déclaration

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin