



Nom : _____ Profession : _____

Qui vous réfère : _____

Adresse courriel : _____ Autre # tél. : _____

Confirmation de rendez-vous : Courriel Message texte Téléphone

J'autorise la clinique à communiquer avec moi concernant ses services et m'informer de mes résultats d'examen diagnostiques.

Raison de la consultation :

Douleur Crampe Lourdeur Démangeaison Enflure Autres : _____

Prévention (maladie veineuse chronique) Se sent complexé par ses jambes Varices gonflées

OUI NON LESQUELS :

Prenez-vous : - des anticoagulants : OUI NON _____

- des antihormonaux (cancer) : OUI NON _____

- des antibiotiques : OUI NON _____

- d'autres médicaments : OUI NON _____

Avez-vous des allergies? OUI NON _____

Nombre de grossesse? _____

Souffrez-vous d'une ou plusieurs de ces conditions médicales :

	OUI	NON		OUI	NON
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phlébite/thrombophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication intracardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendance à saigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saphénectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature: _____ **Date :** _____

Signature infirmière : _____ **Date :** _____

Ordonnance individuelle TXP1 **Signature MD :** _____



CONSENTEMENT AU TRAITEMENT SCLÉROTHÉRAPIE DES VARICES

En sclérothérapie, une injection est guidée visuellement ou par échographie au sein d'une veine malade dans le but de la faire disparaître grâce à des agents sclérosants. Les solutions injectées causent une irritation dans la veine pour qu'elle durcisse afin d'éliminer le reflux. Pour cesser le reflux, il faut parfois traiter une veine à un endroit distant de celui où la varice est apparente. Des infirmières avec des connaissances et des compétences spécialisées dans le domaine de la phlébologie participent aux soins en interdisciplinarité avec le médecin.

Nos soins sont offerts dans le but de réduire les symptômes de la maladie veineuse chronique, d'en ralentir la progression et d'améliorer l'esthétique. Nous vous offrons ce service seulement si nous croyons que le bénéfice escompté dépasse les risques. Cela dit, nous avons besoins d'éclairer votre consentement en détaillant les risques de nos interventions.

J'autorise la Clinique Médicale Clément Paradis et ses soignants à effectuer cette intervention.

Cette autorisation est accordée en sachant que toute intervention comporte certains risques et dangers.

- Je comprends que les risques les plus fréquents liés à la sclérothérapie sont les ecchymoses, la douleur, l'enflure de la jambe ou de la cheville ou l'induration temporaire de la veine.
- Il y a aussi des risques d'infections, de cicatrices, de réactions allergiques, d'injection intra-artérielle (nécrose), de lésions nerveuses (cutanées, engourdissements ou picotements), de pigmentation dans la région de la veine et de saignement. Il existe aussi un risque faible de thrombophlébite profonde et d'embolie pulmonaire.
- Je comprends qu'il y a eu des cas rapportés dans la littérature médicale sur la sclérothérapie qui expliquent que ce traitement peut entraîner très rarement une allergie, un AVC, un infarctus ou même le décès.
- La plupart de ces complications sont temporaires, mais elles peuvent être permanentes.
- Je comprends et je suis avisé que le traitement esthétique des varicosités asymptomatique n'est pas une procédure médicalement nécessaire. Les soins purement esthétiques sont taxables.
- De très fins vaisseaux (matting) peuvent survenir après un traitement de varicosités et de varices, ceux-ci disparaissent habituellement avec le temps ou un autre traitement. Je comprends que les varices ou les veines minuscules peuvent continuer à se développer malgré un traitement. De nouvelles varices peuvent apparaître au fur et à mesure que la maladie progresse ou contourne la région traitée. Il faut parfois plusieurs traitements pour obtenir des résultats optimaux. La maladie ne disparaîtra pas définitivement.
- L'intervention ne comporte aucune garantie de résultat ou de satisfaction. Un suivi de la maladie veineuse chronique est recommandé au moins annuellement.
- Les principaux autres traitements sont les suivants: éveinage, ligature et injections guidées par ultrasons, l'ablation endoveineuse par laser (EVLT), ou pour prévenir une progression de la maladie, l'utilisation continue de la thérapie de bas de contentions médicales à compression graduée.

J'ai lu ce formulaire de consentement et j'accepte les bienfaits et les risques potentiels de ce traitement.

J'autorise la Clinique Médicale Clément Paradis à prendre des photos pour mon dossier.

Signature: _____ Date : _____

Signature infirmière: _____ Signature MD : _____