|  |
| --- |
|  |
| ***Nom*** : Profession :  Adresse complète :  Qui vous réfère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone 1 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Courriel : Téléphone 2 : |
| **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 :  - des antihormonaux (cancer) :  - des antibiotiques :  - d’autres médicaments :  Avez-vous des allergies?  Nombre de grossesse? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Avez-vous déjà eu ou souffrez-vous d’une ou de plusieurs de ces conditions médicales :**  **OUI NON OUI NON**  Cancer   Hépatite/VIH  Trouble de la thyroïde   Migraine  Problème cardiaque   Diabète  Trouble valvulaire    Phlébite/thrombophilie  Communication intracardiaque   Embolie pulmonaire  Souffle cardiaque   Tendance à saigner  Maladie vasculaire   Trouble de coagulation  Saphénectomie   Grossesse récente  Perte de conscience   Allaitement |
| **Signature patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Signature infirmière : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ordonnance individuelle ☑ TXP1 Signature MD : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Communication de renseignements :**  J’autorise la clinique à collecter mes renseignements personnels et médicales, à communiquer avec moi concernant ses services et à m’informer de mes résultats d’examens diagnostiques pour toute la durée des soins requis au sein de la clinique.  J’autorise la clinique à communiquer mes informations personnelles et médicales en lien avec mes motifs de consultation, aux professionnels de la santé participants à la continuité de mes soins. Par exemple : médecin traitant ou spécialiste, audiologiste, chiropraticien, ostéopathe ou physiothérapeute. |

**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 apparaitre 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**