

Données de patient:

*Chère Madame,  
Cher Monsieur,*

*Vous avez choisi un traitement au sein du service d'Urologie de l'ASZ  
Nous vous remercions de ce témoignage de confiance.*

*Le service d'Urologie de l'ASZ comporte une équipe de cinq urologues :*

*Le Dr B. Rappe – le Dr F. Peeren – le Dr P. Willemsen – le Dr M. Goossens et le Dr D. Van Compernelle.*

*Ces cinq urologues collaborent en équipe, tant au niveau polyclinique que lors des interventions chirurgicales et des hospitalisations, pour vous garantir un traitement optimal et la continuité des soins.”*

*Vous trouverez des informations supplémentaires sur le service d'Urologie sur le site internet : [www.urologie-asz-aalst.be](http://www.urologie-asz-aalst.be) et [www.prostaatcentrum.com](http://www.prostaatcentrum.com).*

*En tant que patient, vous avez droit à l'information au sujet de votre affection, des interventions diagnostiques, thérapeutiques et curatives recommandées et des alternatives disponibles. Ce n'est qu'après avoir reçu toute l'information nécessaire à ce sujet que vous pourrez décider de l'intervention dont vous allez éventuellement bénéficier. Ce formulaire n'a nullement l'intention de vous inquiéter, bien au contraire. Il récapitule les principales informations que vous avez évoquées avec votre urologue traitant. En outre, ce document sert à confirmer des conventions entre vous et votre urologue traitant.*

*En apposant votre signature au bas de ce document, vous confirmez que votre urologue traitant vous a donné l'information suffisante au sujet de l'intervention/hospitalisation proposée et que vous consentez aux conventions fixées à ce sujet. Par la signature de ce document, vous donnez à votre urologue traitant et à son équipe l'autorisation d'effectuer l'intervention planifiée.*

## **“FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'AUTORISATION POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE/HOSPITALISATION”**

**Type d'intervention :** .....

Je confirme OUI/NON avoir reçu une brochure d'information au sujet de cette intervention.

Je confirme avoir reçu l'information suffisante au sujet de :

- La nature et les conséquences de mon affection
- L'opportunité de l'intervention/du traitement planifié pour moi
- Les risques de l'intervention planifiée
- Les différentes alternatives thérapeutiques, leurs avantages et leurs inconvénients
- Les éventuels inconforts après l'intervention
- Les éventuelles complications immédiates ou à long terme après l'intervention
- Les modalités de remboursement de l'intervention par la mutualité.

Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour poser des questions au sujet de mon intervention. Le médecin a répondu de façon satisfaisante à mes questions éventuelles et j'ai bien compris ses réponses.

Je comprends que des impératifs du service pourraient demander à un autre urologue de l'équipe de l'ASZ (différent de mon urologue traitant), possédant la même expertise, d'effectuer cette intervention.

Je consens à une transfusion de sang si nécessaire.

Si ma mutualité ne rembourse rien ou seulement une partie, mon urologue m'a expliqué quel serait le coût total (approximatif) de l'intervention, ou quel montant (approximatif) je devrais déboursier personnellement.

Pour les traitements au laser avec le laser HoLEP ou Thulium, des honoraires forfaitaires polycliniques, "Honoraire de planification d'un traitement par laser" de 150 euros sont portés en compte.

Je sais que les frais hospitaliers pour l'hospitalisation, le séjour et les soins ne sont pas compris dans les frais de l'intervention et que ceux-ci seront réglés séparément via la facture de l'hôpital. La facture de l'hôpital comporte notamment les frais de séjour, de pharmacie, les honoraires médicaux et paramédicaux, des matériels supplémentaires éventuels, des dispositifs et produits médicaux et quelques frais divers (téléphone, transport de patients, etc.)

Je sais également que les suppléments légaux pour le séjour en chambre à un ou deux lits sont portés en compte séparément via la facture de l'hôpital.

Je peux obtenir plus d'informations à ce sujet à l'accueil de l'hôpital et auprès de ma mutualité.

Je sais que des éléments sur mesure, comme des prothèses ou du matériel et/ou des dispositifs médicaux spécifiques, devront éventuellement être commandés pour l'intervention. Je sais que je devrai les payer de ma poche s'ils ne sont pas remboursés par ma mutualité.

Je donne par la présente mon consentement pour commander pour moi toutes les pièces, matériaux, dispositifs et/ou produits nécessaires à l'exécution de l'intervention.

Je comprends que, malgré les meilleurs soins de l'équipe urologique et du personnel médical, la médecine n'est pas une science exacte, qu'une énumération des risques et complications éventuels ne peut jamais être complète, et que je ne puis pas conclure d'accord avec mon urologue quant au résultat final de l'intervention.

Je comprends qu'en cas de nécessité médicale urgente, l'urologue responsable peut décider lui-même pendant l'intervention d'effectuer d'autres actes chirurgicaux que ceux qui étaient envisagés. Je donne mon consentement à mon urologue d'effectuer dans ces circonstances tout acte nécessaire dans l'intérêt de ma santé.

J'autorise mon urologue et son équipe d'utiliser de façon anonyme, à des fins d'enseignement, de recherche scientifique ou d'incorporation dans de l'information scientifique médicale objective toute image, photographie, matériel organique ou données personnelles prélevées ou collectées à l'occasion de l'intervention. Mon urologue et son équipe garantissent que ma vie privée ne sera divulguée d'aucune manière.

<p>Fait à .....</p> <p>Date .....</p> <p><u>Nom et signature de l'urologue traitant</u></p>	<p>Je confirme avoir reçu ces informations au préalable et en temps utile.</p> <p>Par la présente, en connaissance de cause et sans aucune pression, j'autorise l'intervention prévue.</p> <p>Fait à .....</p> <p>Date .....</p> <p><u>Nom et signature du patient</u> (Ou de son représentant **) Précédé de la mention "Lu et approuvé"</p>
---	---

**\*\* Si le patient n'est pas à même d'exercer ses droits de façon autonome, le représentant mentionné dans la loi sur les Droits du Patient doit donner son consentement à l'intervention:**

- Si le patient est majeur, c'est la personne qu'il a nommé par écrit comme son représentant. Si le patient n'a nommé personne, son partenaire cohabitant est son représentant. Si cette personne n'existe pas ou ne peut intervenir, un de ses enfants doit consentir. Dans l'impossibilité, c'est un de ses frères ou sœurs.
- Si le patient est mineur (moins de 18 ans), au moins un des parents doit donner son consentement. Si le médecin estime que le mineur dispose d'une maturité mentale suffisante pour autoriser l'intervention de façon autonome et d'en estimer les risques et les conséquences, ce mineur peut donner lui-même son consentement à l'intervention.

