|  |
| --- |
| Werkgroep Extramurale Oogheelkunde |
| Vereniging ondersteund door BBO, BSCRS en SOOS |
| Groupe de Travail de la Chirurgie Extramurale |
| Union soutenue par SOOS, BSCRS, UPBMO |
| Secretariaat-Secrétariat: Werkgroep Extramurale Oogheelkunde, Gentsesteenweg 109, 8500 Kortrijk, tel: 056258191, email: soos@telenet.be |

 **Formulaire consentement éclairé (version 15-03)**

Avant de procéder au traitement, nous vous demandons de signer cette déclaration. Ainsi vous confirmez avoir reçu, lu et compris les informations concernant le type d’intervention, les risques et les attentes réalistes que vous pouvez avoir. Au cas où certaines choses ne seraient pas claires, n’hésitez pas à poser vos questions à votre ophtalmologue.

Nom et Prénom du patient  : ……………………………………………………………………………..

Régistration/Numéro du dossier : ………………………………………………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………

Le soussigné déclare, concernant l’intervention oculaire

 <**Préciser le nom de l’opération et indiquer le côté Droit et/ou Gauche** >

Je suis informé que cette intervention est considérée par la législation belge comme une intervention médicale. J’ai bien pris au préalable en considération tous les aspects liés à l’intervention que je souhaite de mon plein gré et sans contrainte de tiers.

J’ai été informé le < **date de la consultation précédente** > par < **nom du docteur** > du type et du but de l’intervention médicale .J’ai été informé des risques et complications potentielles de cette intervention médicale. J’ai été informé des possibilités et des limites de la méthode utilisée. J’ai été informé des alternatives à cette intervention médicale et du type d’anesthésie.

A cette fin, j’ai reçu la brochure <**nom ,type ,numéro, version de la brochure**> ou j’ai obtenu les informations sur le site web de l’ophtalmologue / du service d’ophtalmologie donnant ces explications.

J’ai reçu l’information demandée à temps et je l’ai lue. J’ai été invité à poser toutes les questions et à contacter le médecin en cas de doutes.

Je comprends que le résultat ne peut être garanti à 100% et que la possibilité existe que :

1° dans le cas d’un traitement « réfractif » ayant pour but d’éliminer les lunettes, une aide optique soit encore nécessaire.

2° dans le cas d’un traitement « rétinien » des aides optiques de type « Low Vision » soient encore nécessaires.

3° dans le cas d’un traitement du Kératocône, l’évolution ne puisse pas être stoppée (dans la plupart des cas l’évolution est cependant ralentie).

Je suis clairement informé du fait qu’une anesthésie < **type d’anesthésie** > sera utilisée.

Je suis informé du fait que certaines thérapies/traitements ne sont pas actuellement homologués par l’EMA (European Medicines Agency) ni par la FDA (Food and Drug Administration). L’ophtalmologue m’a expliqué oralement les raisons pour lesquelles ce traitement a été choisi.

J’ai eu suffisamment la possibilité de poser des questions et j’ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions posées liées à l’intervention envisagée.

Je suis conscient que certaines interventions ne sont pas remboursées par l’assurance maladie obligatoire (INAMI) ni par les assureurs complémentaires privés et que ces frais ne seront donc pas pris en charge par eux.

J’ai donc bien compris qu’une partie des frais d’examen préopératoire et des frais de traitement seront à ma charge s’il n’y a pas intervention d’un assureur.

Je m’engage à régler les honoraires de ...…€ par œil dans les délais suivants : …….. (jour du traitement/8 jours )

Je déclare après avoir lu et compris ce qui précède et compte tenu de toutes les informations reçues, avoir pris une décision bien réfléchie quant à vouloir subir < nom de l’opération > à < l’oeil gauche et/ou droit > et accepter – si besoin – que cette intervention soit répétée le nombre de fois nécessaire par le même ophtalmologue.

Je déclare signer ce consentement sans contrainte aucune et de manière autonome. Ce consentement reste valable jusqu’à ce que je le révoque ou jusqu’à ce que mon état de santé impose d’autres mesures.

Le consentement pour pratiquer l’opération est donné au Docteur < nom du médecin pratiquant l’opération >

Fait le : ………………………………………..

A : ………………………………………..

Le patient (ou son représentant légal) Le médecin traitant

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lu et Approuvé Signature et cachet docteur

Signature