



DATE _____

Place réservée pour l'étiquette

Je, _____, autorise le docteur Pierre Larose, chirurgien vasculaire et ses collaborateurs/assistants à effectuer un **traitement de phlébectomie**.

Je comprends que le traitement n'est pas une procédure obligatoire ou médicalement requise et que d'autres traitements m'ont été offerts: port permanent de bas de compression médicaux.

Cette autorisation est accordée en sachant que toute intervention comporte certains risques (conséquences) et complications.

- **LES RISQUES (CONSÉQUENCES) LES PLUS COMMUNS SONT** : ecchymose, pigmentation, hématome, bosse, enflure de la jambe.
- **RARES COMPLICATIONS INCLUENT** : infection, thrombophlébite (caillot dans une veine superficielle ou profonde) qui peut nécessiter la prise temporaire d'anticoagulant.
- **COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES** : réaction allergique à la médication.

Je, sousigné, déclare avoir été bien informé(e) de façon claire et sans équivoque, des avantages et des risques inhérents à ce traitement. Grâce aux explications données par Dr Pierre Larose, chirurgien vasculaire, j'ai bien lu, compris et accorde mon plein consentement à cette intervention.

Signature _____

Témoin _____

Date _____

Dr Pierre Larose, M.D., FRCSC
Chirurgien vasculaire