



DATE _____

Place réservée pour l'étiquette

Je, _____, autorise le docteur Pierre Larose, chirurgien vasculaire et ses collaborateurs/assistants à effectuer l'**ablation endoveineuse par radiofréquence*** suivante :

*Il s'agit d'une intervention dont le but est de corriger l'insuffisance veineuse entraînée par le reflux sanguin au niveau de la veine.

Je comprends que l'intervention se déroulera de la manière suivante: le médecin, à l'aide d'un appareil à ultrasons, insérera une gaine d'introduction et une fibre de radiofréquence dans la veine malade, à partir du genou et en direction de l'aine. Une fois en position, le médecin déclenchera la source d'énergie et fera lentement descendre la gaine d'introduction et la fibre à l'intérieur de la veine, pour l'obturer sous l'effet de la chaleur. Le taux de réussite est de 98 %.

Je comprends que le traitement endoveineux par radiofréquence n'est pas une procédure obligatoire ou médicalement requise et que d'autres traitements m'ont été offerts : port permanent de bas de contention médicaux, injections guidées par ultrasons, phlébectomie ambulatoire, éveinage ou stripping.

Je comprends que la veine saphène traitée aurait pu servir comme conduit à un éventuel pontage cardiaque ou artériel au niveau des membres. Cette autorisation est accordée en sachant que toute intervention comporte certains risques (conséquences) et complications.

- LES RISQUES (CONSÉQUENCES) LES PLUS COMMUNS SONT : ecchymose, hématome, bosse, douleur le long de la veine traitée, enflure de la jambe ou de la cheville.
- RARES COMPLICATIONS INCLUENT : pigmentation dans la région de la veine traitée qui disparaîtra avec le temps, thrombophlébite (caillot dans une veine superficielle ou profonde) qui peut nécessiter la prise temporaire d'anticoagulant, lésion nerveuse (engourdissement ou picotements cutanés).
- COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES : réaction allergique à la médication, brûlure thermique.

Je, soussigné, 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

Vascular Surgeon