



**CONSENTEMENT TRAITEMENT
ENDOVEINEUX AU LASER (EVLTL)**

DATE _____

_____ autorise le docteur Pierre Larose, chirurgien vasculaire et ses collaborateurs/assistants à effectuer l'ablation endoveineuse au laser 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 laser dans la veine malade, à partir du genou et en direction de l'aîne. 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 97 %.

Je comprends que le traitement endoveineux au laser 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 à compression graduée, injections guidées par ultrasons, phlébectomies ambulatoire, éveinage ou stripping. De plus, le traitement endoveineux par radiofréquence n'a pas été prouvée de façon concluante comme étant supérieur par rapport au laser.

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 cutanées).

COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES: réaction allergique à la médication, brûlure thermique.

Je _____ 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 le Dr Pierre Larose, chirurgien vasculaire, j'ai bien lu, compris et accorde mon plein consentement à cette intervention.

NOM

SIGNATURE

TÉMOIN

DATE

PIERRE LAROSE, M.D., F.R.C.S.(C)

CHIRURGIEN VASCULAIRE