

# PSE — STABILISATION LOMBAIRE

## Document de consentement éclairé

|                                  |  |                                       |  |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| N° de formulaire: AOF-004        |  | N° rév. / Date: 2026 v09 / 10.07.2026 |  |
| N° DE PROTOCOLE DU PATIENT       |  | DATE                                  |  |
| N° D'IDENTITÉ TURQUE / PASSEPORT |  | DATE DE NAISSANCE                     |  |
| NOM ET PRÉNOM DU PATIENT         |  | SEXE                                  |  |
| DIAGNOSTIC                       |  |                                       |  |

## Formulaire de Consentement Éclairé

|                         |                                        |
|-------------------------|----------------------------------------|
| Formulaire No : AOF-004 | Rév. No / Date : 2026 v09 / 10.07.2026 |
|-------------------------|----------------------------------------|

### 1. Cher Patient, Chère Patiente,

Être informé(e) de votre état de santé et de l'ensemble des traitements médicaux / chirurgicaux et des procédures diagnostiques qui vous sont proposés pour le traitement de votre maladie est votre droit le plus naturel. Après avoir pris connaissance des bénéfices et des risques possibles des traitements médicaux et des interventions chirurgicales, consentir ou non à la procédure envisagée relève à nouveau de votre propre décision. Le but de cette explication n'est pas de vous effrayer ni de vous inquiéter, mais de vous associer de manière plus consciente aux décisions à prendre concernant votre santé. Si vous le souhaitez, toutes les informations et tous les documents relatifs à votre santé peuvent vous être remis, à vous ou à un proche que vous jugerez approprié. Bien que ce formulaire ait été conçu pour répondre aux besoins de la plupart des patients dans la plupart des situations, il ne doit pas être considéré comme un document contenant les risques de toutes les formes de traitement. En fonction de votre état de santé personnel, votre médecin peut vous donner des informations différentes ou complémentaires. Après avoir pris connaissance des bénéfices et des risques possibles du diagnostic, du traitement médical et des interventions chirurgicales, accepter ou refuser les actes à réaliser relève de votre propre décision. Hors les cas de nécessité légale ou médicale, vous pouvez refuser d'être informé(e) ou retirer votre consentement à tout moment. Ce formulaire a été préparé dans le but de vous informer sur les risques de l'opération et sur les méthodes de traitement alternatives. Veuillez lire ce formulaire entièrement et attentivement, et ne signer ce formulaire de consentement qu'après l'avoir lu et après que tous vos doutes concernant la procédure en question ont été levés par votre médecin.

### 2. Informations Générales sur la Maladie et le Traitement

Qu'est-ce que la Chirurgie d'Instrumentation Segmentaire Postérieure ? Il s'agit de la fixation des vertèbres les unes aux autres au moyen d'implants placés dans la colonne vertébrale par la face postérieure des vertèbres ; les chirurgies d'implants rachidiens sont des procédures réalisées notamment pour corriger, par stabilisation (opération de fixation de la colonne vertébrale à l'aide de

plaques métalliques, de vis, de tiges, de barres et d'instruments similaires), les anomalies survenant dans la colonne vertébrale pour diverses raisons. Dans quelles situations, de quelle manière et comment la Chirurgie d'Implants Rachidiens et les Chirurgies d'Instrumentation Segmentaire Postérieure sont-elles réalisées ? Canal Rachidien Étroit (Sténose Spinale) : Il s'agit du tableau dans lequel le canal rachidien, rétréci en raison d'une calcification, comprime la moelle épinière ou le tissu nerveux en exerçant une pression sur ces structures. Dans le traitement du canal rachidien étroit, une incision cutanée est pratiquée au niveau concerné (qui peut se situer au niveau cervical, dorsal ou lombaire) sur la ligne médiane postérieure du corps, et les muscles situés sur les côtés de la colonne vertébrale sont décollés. Les parties postérieures des vertèbres (apophyses épineuses et lames) sont retirées et les fragments d'os et de ligaments comprimant la moelle épinière sont soigneusement dégagés. Si, au cours de cette procédure, il est décidé qu'il existe un trouble de la stabilisation, une stabilisation est réalisée. En l'absence d'opération, selon la localisation du canal étroit au niveau du cou, du dos ou des lombes, des problèmes tels que des pertes de force dans les bras et les jambes (tableau de paralysie partielle ou totale), des troubles de la sensibilité tels que brûlures, picotements et engourdissements dans les bras et les jambes, des douleurs à type de crampes ou d'éclairs dans le corps, des difficultés à marcher, une incapacité à travailler avec les mains et les bras, ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale ou une perte de leur perception peuvent survenir.

Spondylolisthésis : C'est ainsi que l'on nomme le glissement des vertèbres. Les vertèbres sont normalement alignées régulièrement les unes sous les autres, du cou jusqu'aux lombes. Après le glissement de 2 vertèbres ou plus, la continuité du canal situé dans la partie postérieure des os vertébraux et dans lequel passe la moelle épinière est rompue, ce qui peut entraîner des problèmes allant de la lombalgie jusqu'au tableau de paralysie. Dans le traitement du spondylolisthésis, une incision cutanée est pratiquée au niveau concerné (qui peut se situer au niveau cervical, dorsal ou lombaire) sur la ligne médiane postérieure du corps, et les muscles situés sur les côtés de la colonne vertébrale sont décollés. Si le patient présente un déficit neurologique (paralysie, incontinence urinaire, engourdissements des bras et des jambes, etc.), ou s'il existe une compression du tissu nerveux due à une hernie discale, les parties postérieures des vertèbres (apophyses épineuses et lames) sont retirées, totalement ou partiellement selon la situation, les fragments d'os et de ligaments comprimant la moelle épinière sont dégagés, et si nécessaire une discectomie est réalisée et une cage peut être placée dans l'espace discal. Ensuite, on s'efforce de corriger le glissement vertébral à l'aide de systèmes de stabilisation, et une stabilisation postérieure est réalisée, le tissu nerveux étant décomprimé. En l'absence d'opération, selon la localisation du glissement entre les vertèbres au niveau du cou, du dos ou des lombes, des problèmes tels que des pertes de force dans les bras et les jambes (tableau de paralysie partielle ou totale), des troubles de la sensibilité tels que brûlures, picotements et engourdissements dans les bras et les jambes, des douleurs à type de crampes ou d'éclairs dans le corps, des difficultés à marcher, une incapacité à travailler avec les mains et les bras, ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale ou une perte de leur perception peuvent survenir. Bien que l'amélioration des déficits neurologiques présents chez le patient avant l'opération soit difficile, ceux-ci peuvent s'aggraver encore avec le temps. Fractures Vertébrales : Des fractures dues à diverses causes peuvent survenir dans la colonne vertébrale. Le pourcentage de compression du corps vertébral, l'existence ou non d'une compression de la moelle épinière et la présence ou non d'un déficit neurologique sont importants. a) Fracture Vertébrale Traumatique : Elle survient après un accident, une chute ou un choc. b) Fracture Pathologique Liée aux Tumeurs Vertébrales : Les tumeurs provenant de la colonne vertébrale elle-même ou s'y propageant à partir d'autres organes provoquent ce type de fractures vertébrales. Pour la chirurgie de stabilisation, l'espérance de vie restante du patient et la nature de la tumeur sont très importantes. c) Fracture Vertébrale Liée à l'Ostéoporose (Déminalisation Osseuse) : Elle est fréquemment observée, en particulier chez les femmes âgées. Elle peut également s'observer chez les personnes présentant un trouble du métabolisme osseux. Dans le traitement d'une fracture vertébrale de type burst (en éclatement) ou en compression (en forme de coin), des facteurs tels que l'existence ou non d'une compression de la moelle épinière, le pourcentage de compression du corps vertébral, le niveau de douleur du patient et l'âge du patient sont évalués. Une stabilisation peut être

réalisée de manière à inclure la vertèbre (ou les vertèbres) sus- et sous-jacentes. En l'absence d'opération, selon la localisation de la fracture vertébrale au niveau du cou, du dos ou des lombes, selon la gravité du déficit neurologique survenu au moment de la fracture et selon le caractère stable ou instable de la fracture existante, des problèmes tels que des pertes de force dans les bras et les jambes (tableau de paralysie partielle ou totale), des troubles de la sensibilité tels que brûlures, picotements et engourdissements dans les bras et les jambes, des douleurs à type de crampes ou d'éclairs dans le corps, des difficultés à marcher, une incapacité à travailler avec les mains et les bras, ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale ou une perte de leur perception peuvent survenir. L'essentiel dans cette opération est de supprimer la pression exercée sur le système nerveux après la fracture, de fixer les fractures instables et d'arrêter ou de ralentir l'évolution vers la cyphose (accentuation de la voussure du dos) à long terme. En l'absence d'opération, l'amélioration des déficits neurologiques présents chez le patient avant l'intervention peut être difficile et ceux-ci peuvent s'aggraver encore avec le temps.

**Anomalies Congénitales ou Acquises de la Colonne Vertébrale :** Il s'agit d'anomalies des vertèbres, congénitales ou apparues ultérieurement. La moelle épinière, restant sous compression, provoque une perte de force progressivement croissante, une incontinence urinaire, des problèmes respiratoires et des engourdissements des bras et des jambes. Après un suivi rapproché, une chirurgie de stabilisation peut être recommandée. Dans le traitement des anomalies congénitales ou acquises de la colonne vertébrale, le suivi à long terme du patient, la connaissance de l'évolution de la maladie et l'existence ou non d'une détérioration du tableau neurologique du patient sont importants. L'anomalie touchant la moelle épinière du patient est corrigée à l'aide de systèmes de stabilisation postérieure.

**Hernie Discale Récidivante :** Dans les hernies discales opérées plusieurs fois au même niveau et récidivant à nouveau au même niveau (en particulier la hernie discale lombaire récidivante), on observe généralement un problème de mouvement anormal de la colonne vertébrale. Pour cette raison, une stabilisation peut être nécessaire. Dans le traitement des hernies discales lombaires récidivantes, après évaluation du possible trouble de la stabilisation et après évacuation du disque, le ou les segments concernés peuvent être traités par stabilisation postérieure. En l'absence d'opération, selon la localisation de la hernie discale au niveau du cou, du dos ou des lombes, des problèmes tels que des pertes de force dans les bras et les jambes (tableau de paralysie partielle ou totale), des troubles de la sensibilité tels que brûlures, picotements et engourdissements dans les bras et les jambes, des douleurs à type de crampes ou d'éclairs dans le corps, des difficultés à marcher, une incapacité à travailler avec les mains et les bras, ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale ou une perte de leur perception peuvent survenir. Bien que l'amélioration des déficits neurologiques présents chez le patient avant l'opération soit difficile, ceux-ci peuvent s'aggraver encore avec le temps.

### 3. Alternatives Éventuelles à l'Opération

Comme alternatives à l'opération, j'ai évalué les options suivantes :

Comme mon médecin me l'a expliqué oralement : assumer tous les risques et ne pas subir cette opération, attendre la guérison des fractures osseuses par un repos prolongé au lit

Assumer tous les risques et opter pour une surveillance par tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique.

Tenter de soulager la douleur ou les spasmes musculaires par corset, immobilisation ou traitement médicamenteux.

Tenter de soulager les plaintes par des méthodes de physiothérapie.

Tenter de soulager les plaintes par des méthodes de traitement algologique (prise en charge de la douleur).

Autres options thérapeutiques possibles...

J'ai également évalué les autres méthodes de traitement que mon médecin m'a exposées. Les avantages et les inconvénients de ces méthodes alternatives m'ont aussi été expliqués par mon médecin.

#### 4. Bénéfices Attendus de l'Opération

Il s'agit de l'amélioration du tableau neurologique actuel du patient et de ses plaintes. L'opération est réalisée en vue de faire disparaître les plaintes et dans l'attente de préserver ou d'améliorer la fonction du système nerveux. PAR L'OPÉRATION QUI SERA RÉALISÉE ; il est visé de décompresser les structures nerveuses soumises à une pression, d'assurer la stabilisation de la colonne vertébrale, de supprimer ou de réduire la douleur, et d'obtenir, grâce au traitement chirurgical qui sera appliqué, la disparition complète ou l'arrêt de l'aggravation des déficits neurologiques existant avant l'opération (paralysie, perte de force, engourdissement, perte de réflexes, incontinence urinaire, etc.) et des plaintes telles que douleurs et contractures.

#### 5. Durée Estimée de l'Opération

La durée de la procédure à réaliser peut varier selon la maladie et l'état du patient et est en moyenne de ..... - ..... heures. En outre, les actes réalisés sur les patients par les médecins anesthésistes avant et après l'opération ne sont pas inclus dans cette durée. Selon l'état du cas, la procédure peut durer plus longtemps que la durée indiquée. Votre médecin vous donnera des informations détaillées à la fin de la procédure.

#### 6. Risques et Complications de l'Opération

Outre ses bénéfices, l'intervention chirurgicale à réaliser comporte également des risques possibles.

**Risque anesthésique :** Il existe des risques pendant et après les procédures d'anesthésie locale et générale (en raison de la position donnée au patient pendant l'opération). De plus, dans toute forme d'anesthésie ainsi qu'en sédation, il existe également des complications et des préjudices pouvant être liés aux médicaments. La procédure d'anesthésie qui sera appliquée ainsi que les risques et complications correspondants m'ont été expliqués, et j'approuve la procédure recommandée à cet égard.

**Hémorragie :** Bien que très rare, je suis informé(e) de l'existence d'un risque d'hémorragie, pouvant être sévère, pendant ou après mon opération. En cas d'hémorragie, un traitement supplémentaire ou une transfusion sanguine peut être nécessaire. Dans un tel cas, j'approuve la transfusion sanguine et les autres traitements requis. Certains médicaments que j'utilise et/ou qui doivent être utilisés pendant mon traitement peuvent augmenter le risque d'hémorragie par interaction médicamenteuse et/ou effet indésirable. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'utiliser des médicaments anticoagulants plus tôt que prévu, ce qui peut également augmenter le risque d'hémorragie.

**Formation de caillots sanguins :** Un caillot sanguin peut se former après tout type d'opération. Les caillots se formant au niveau du site hémorragique peuvent entraver la circulation sanguine et entraîner des complications telles que douleur, œdème, inflammation ou lésion tissulaire. En cas d'arrêt des anticoagulants, le risque de coagulation peut augmenter.

**Aggravation Neurologique Postopératoire :** Les fonctions du système nerveux peuvent se détériorer après l'opération en raison de problèmes tels qu'une hémorragie au niveau du site opératoire.

**Risque de fuite de liquide céphalo-rachidien :** Après l'opération, une fuite de liquide céphalo-rachidien vers l'extérieur peut se produire au niveau de la plaie. Pour son traitement, un cathéter spinal (médullaire) ou une intervention supplémentaire visant à réparer la même plaie peut être nécessaire.

**Complications cardiaques :** L'opération comporte un faible risque de provoquer un rythme cardiaque irrégulier ou une crise cardiaque.

**Décès :** Bien que très rare, il existe un risque de décès pendant ou après l'opération.

**Échec de l'opération ;** Après l'opération d'Instrumentation Segmentaire Postérieure, il existe un risque que la douleur, l'engourdissement, la perte de force musculaire ou les autres plaintes ne puissent pas être soulagés.

**Augmentation des douleurs :** Bien que rare, les douleurs peuvent augmenter après l'opération.



**Infection :** L'infection peut survenir au niveau de l'incision cutanée, mais aussi dans le champ opératoire, voire dans l'os situé dans le champ opératoire. Parmi les risques liés à l'infection figurent la méningite (inflammation des membranes entourant le cerveau et la moelle épinière) et la formation d'empyème-abcès (accumulation de pus).

**Lésion du tissu nerveux et/ou de la moelle épinière :** Bien que rare, elle peut survenir de manière inattendue pendant ou après la chirurgie. Cette situation peut provoquer une faiblesse du bras et/ou de la jambe et une détresse respiratoire.

**Récidive :** Certaines des plaintes peuvent réapparaître à un stade précoce ou tardif après la chirurgie, et dans ce cas une intervention chirurgicale supplémentaire peut également être nécessaire.

**Difficulté respiratoire :** Une détresse respiratoire peut survenir, pendant la chirurgie par lésion du tronc cérébral, après la chirurgie par l'effet de compression d'un caillot sur le tronc cérébral ou la moelle épinière, par infection pulmonaire (pneumonie) et par l'effet d'un caillot dans l'artère pulmonaire (embolie pulmonaire). Un traitement supplémentaire peut être nécessaire.

**Accident vasculaire cérébral (paralysie) :** Bien que rare, une faiblesse du bras et/ou de la jambe peut se développer pendant ou après la chirurgie, à la suite de la migration d'air ou d'un caillot des veines vers le cerveau. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire.

**Mauvais positionnement des vis :** les vis ne peuvent parfois pas être placées à l'endroit souhaité. Pour cette raison, les vis peuvent présenter une faiblesse. Si les vis sont placées trop en avant, un décès peut survenir en raison d'une lésion des gros vaisseaux ou des organes internes. Si les vis sont placées en direction du canal rachidien, elles peuvent entraîner des paralysies liées à une compression d'une racine nerveuse ou de la moelle épinière.

**Absence de Fusion (non-consolidation) des Vertèbres :** Après la tentative de correction de la fracture et de la luxation de la colonne vertébrale, malgré les os prélevés au niveau de la zone traumatisée pour la consolidation osseuse, ou les os prélevés sur l'os iliaque par une incision distincte, ou encore les os provenant d'une banque d'os ou d'origine cadavérique, les vertèbres peuvent ne pas fusionner entre elles, et cette situation peut entraîner diverses déformations de la colonne vertébrale et/ou des douleurs.

**Défaillances du matériel :** lors des suivis à long terme, des problèmes tels que rupture, déplacement ou mobilité au sein de la vertèbre peuvent survenir sur le matériel implanté, et ces situations peuvent rendre nécessaires des opérations supplémentaires.

J'ai également compris que, face à une situation inattendue survenant pendant mon opération, telle qu'une hémorragie, une lésion d'un tissu ou d'un organe voisin, etc., mon médecin pourrait réaliser, en dehors de la procédure prévue, d'autres actes nécessaires à ma santé, et je l'approuve. J'ai compris et j'accepte tous les risques mentionnés ci-dessus pouvant survenir pendant et après l'intervention chirurgicale qui me sera pratiquée.

## 7. Conséquences en Cas de Non-Réalisation de l'Opération

Les plaintes et l'état clinique actuels du patient peuvent ne pas s'améliorer et peuvent s'aggraver. La limitation de votre mobilité dans la vie quotidienne peut s'accroître progressivement et votre qualité de vie peut encore diminuer. À mesure que la maladie progresse, les traitements à appliquer peuvent devenir plus complexes et leurs chances de succès diminuent.

## 8. Caractéristiques Importantes des Médicaments Qui Seront Utilisés

En cas d'allergie médicamenteuse préalablement identifiée, vous devez impérativement en informer votre médecin et votre infirmier/infirmière. Au cours de votre traitement actuel, des médicaments adaptés à l'état médical du patient (antalgiques, antibiotiques, médicaments soutenant la circulation et le cœur, produits sanguins, traitements par perfusion, médicaments spécifiques à votre maladie) seront administrés en fonction du motif d'hospitalisation ou des situations nouvelles survenant. Lors de l'utilisation des médicaments, des effets indésirables peuvent apparaître et provoquer des lésions du cœur, des reins et d'autres organes. De nouveaux médicaments seront ajoutés au traitement pour

corriger les lésions organiques. **PROPHYLAXIE** : Avant et après votre opération, un traitement antibiotique préventif approprié est administré dans le but de réduire le risque d'infection du site opératoire. **UTILISATION DE MÉDICAMENTS ANTICOAGULANTS** : Si vous utilisez des médicaments anticoagulants, fluidifiant le sang, différents traitements médicamenteux ou des produits sanguins peuvent vous être administrés pour contrer les effets de ces médicaments. **CAS SPINAUX** : En cas de douleurs sévères après les opérations spinales, des médicaments délivrés sur ordonnance verte et pouvant entraîner une dépendance peuvent être utilisés. Après les opérations spinales, en cas de faiblesse des bras et des jambes ne s'améliorant pas, ou de faiblesse nouvellement apparue, des médicaments anti-œdémateux peuvent être utilisés. Dans ce cas, l'équilibre glycémique peut être perturbé. **SOINS INTENSIFS-DÉLIRIUM** : Chez les patients âgés et lors des séjours prolongés en soins intensifs, des médicaments régulateurs de la santé mentale, recommandés par un médecin psychiatre, peuvent être utilisés pour les symptômes psychologiques pouvant apparaître chez les patients. Ces médicaments peuvent endommager le cœur, les reins et d'autres organes. À cela s'ajoutent les médicaments liés à l'anesthésie. Les produits anesthésiques administrés pendant l'opération peuvent avoir des effets toxiques (empoisonnants) / des effets indésirables sur des organes tels que les poumons, le cœur, le cerveau, les reins et le foie. Pour cette raison, un **DANGER DE MORT** peut apparaître. J'ai informé mon médecin de toutes mes allergies connues. J'ai également informé mon médecin des médicaments sur ordonnance que j'utilise, des médicaments vendus sans ordonnance, des remèdes à base de plantes, des compléments alimentaires, des drogues illicites, de l'alcool et des sédatifs/stupéfiants. Les effets de l'utilisation de ces substances avant et après l'opération m'ont été expliqués par mon médecin et des recommandations m'ont été faites. Pendant mon séjour à l'hôpital, j'ai reçu des informations sur les caractéristiques importantes des médicaments qui seront utilisés pour le diagnostic et le traitement (leur indication, leurs bénéfices, leurs effets indésirables, leur mode d'utilisation).

## 9. Recommandations de Mode de Vie Essentielles pour la Santé du Patient

**Tabac et Produits du Tabac** : Il m'a été expliqué que la consommation de tabac et de produits du tabac (cigarette, narguilé, cigare, pipe, etc.) avant ou après mon opération peut entraîner un allongement de mon processus de guérison. Chez les patients fumeurs, les risques anesthésiques sont plus élevés et le décès lié à l'anesthésie est plus fréquent. Si vous fumez, vous devez savoir que le succès de votre traitement/opération sera inférieur à la moyenne générale de réussite.

Suivez les recommandations de votre médecin (exercice, programme alimentaire, etc.) et, le cas échéant, ne négligez pas votre consultation de contrôle à la date qui vous a été demandée.

J'ai reçu des informations sur ce que je dois faire concernant mon mode de vie après mon traitement/opération (régime alimentaire, bain, prise de médicaments, mobilité et/ou restrictions).

## 10. Section Spécifique au Patient

*Les particularités propres au patient sont recueillies à la fin du formulaire, sous la **Section 14 — Signatures**.*

## 11. Comment Accéder, en Cas de Besoin, à une Aide Médicale sur le Même Sujet

Refuser l'application du traitement/de l'opération est une décision que vous prendrez de votre libre volonté. Si vous changez d'avis, vous pouvez vous adresser de nouveau personnellement à notre hôpital/aux hôpitaux en mesure de réaliser le traitement/l'opération en question.

J'ai reçu des informations sur la manière d'accéder, en cas de besoin, à une aide médicale sur le même sujet (mon propre médecin, un autre médecin, la clinique où je suis traité(e) et, en cas d'urgence, le 112).

## 12. Autorisations

J'autorise le Chef de l'Équipe Chirurgicale, Médecin Spécialiste Responsable **Dr. Özgür Akşan**, et son équipe à réaliser mon opération.

Je comprends que cette intervention est réalisée en vue de faire disparaître mes plaintes et dans l'intention de préserver ou d'améliorer la fonction du système nerveux. Je confirme que mon médecin m'a expliqué toutes les informations ci-dessus, que j'ai compris ces informations et que toutes mes questions concernant cette intervention ont reçu une réponse. En conséquence, je donne mon consentement à la **CHIRURGIE D'INSTRUMENTATION SEGMENTAIRE POSTÉRIEURE (PSE)** ainsi qu'à toutes les opérations différentes ou supplémentaires et interventions thérapeutiques complémentaires que mon médecin jugera nécessaires.

**Utilisation des tissus :** Tout tissu non nécessaire au diagnostic médical peut être utilisé à des fins de recherche médicale dans le cadre des règles éthiques. Je consens à l'utilisation de tout tissu, dispositif médical ou partie du corps ayant pu être retiré au cours de l'intervention chirurgicale.

**Recherche médicale :** Je consens à l'examen des informations cliniques figurant dans mon dossier médical aux fins de l'avancement des études médicales, de la recherche médicale et de la formation des médecins, sous réserve du respect des règles de confidentialité.

**Photographies/Observateurs :** Je consens à ce que l'opération à réaliser soit photographiée ou enregistrée en vidéo à des fins scientifiques, médicales ou pédagogiques, à condition que les images ne révèlent pas mon identité.

### 13. Vérification du Consentement

Je connais les méthodes de traitement alternatives et leurs risques.

Je connais les risques et les effets indésirables de l'intervention.

Je connais les probabilités de succès et d'échec.

Je sais ce qui peut arriver si je ne me fais pas traiter.

Je comprends que l'acte à réaliser peut ne comporter aucune garantie de guérison.

J'ai compris tout ce qui m'a été dit.

Mon médecin a répondu à toutes mes questions.

Mon médecin m'a expliqué, point par point, ce qui est écrit ici, de manière claire, compréhensible et explicative, à ma portée.

Je connais la signification du formulaire de Consentement Éclairé.

J'ai été informé(e) du coût approximatif du traitement.

Je décide de ma propre et libre volonté.

J'ai disposé, dans un délai raisonnable avant l'intervention, de suffisamment de temps pour obtenir un second avis.

J'ai lu et compris le contenu du formulaire de Consentement Éclairé.

Tous les espaces vides de ce formulaire ont été remplis avant ma signature et j'en ai reçu une copie.

## Signatures

### A) Situation particulière du patient

Le patient écrit de sa propre main ses particularités personnelles (allergies, médicaments, opérations antérieures, etc.). S'il n'y en a pas, il suffit d'écrire « AUCUNE ».

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**B) Déclaration manuscrite**

Le patient écrit la phrase suivante de sa propre main :

« J'ai lu attentivement ce formulaire, j'ai été informé(e) au sujet de PSE — STABILISATION LOMBAIRE, mes questions ont reçu des réponses et je consens librement à cette intervention. »

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**C) Signatures**

|                                                                           | Nom et prénom   | Signature | Date / Heure |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| Patient                                                                   |                 |           |              |
| Représentant légal /<br>proche du patient<br>(Lien de parenté :<br>.....) |                 |           |              |
| Chef de l'équipe<br>chirurgicale, spécialiste<br>responsable              | Dr. Özgür Akşan |           |              |