

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Document de consentement éclairé

N° de formulaire: AOF-006		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

N° de formulaire : AOF-006	N° de rév. / 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 actes 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 éventuels des traitements médicaux et des interventions chirurgicales, consentir ou non à l'acte à réaliser relève, là encore, 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-même 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 fournir des informations différentes ou complémentaires. Après avoir pris connaissance des bénéfices et des risques éventuels du diagnostic, du traitement médical et des interventions chirurgicales, accepter ou non les actes à réaliser relève de votre propre décision. Sauf dans les situations comportant une obligation légale et 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 toutes vos hésitations concernant l'acte en question ont été levées par le médecin.

2. Informations Générales sur la Maladie et le Traitement

La compression d'un nerf par les tissus environnants peut provoquer des douleurs, des engourdissements, une faiblesse ou une perte de fonction. Le problème fondamental est la compression du nerf par le tissu environnant. Cette situation peut survenir à la suite d'une blessure,

d'une maladie ou de mouvements répétitifs. J'ai reçu de mon médecin des informations détaillées sur le contenu de l'opération qui sera pratiquée sur moi : [Cochez la mention appropriée] • Compression du nerf médian au poignet • Compression du nerf ulnaire au coude • Compression du nerf ulnaire au poignet • Compression du nerf interosseux antérieur à l'avant-bras Je sais et j'accepte que, pendant l'opération, mon chirurgien pratiquera une incision cutanée dans la zone concernée afin de libérer le nerf en question. Je suis conscient(e) que l'objectif visé est de soulager mes plaintes en libérant le nerf soumis à la compression.

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, ne pas faire pratiquer cette opération en assumant tous les risques, • Essayer de soulager la douleur ou le spasme musculaire par un traitement médicamenteux,

Essayer de réduire les plaintes par des méthodes d'immobilisation telles qu'une attelle, etc.,

Essayer de faire disparaître les plaintes par des méthodes de kinésithérapie (physiothérapie),

Faire pratiquer des injections de corticoïdes et d'antalgiques locaux.

Autres options thérapeutiques possibles... J'ai également évalué les autres méthodes de traitement qui m'ont été expliquées par mon médecin. 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 d'une 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 ; Soulager les structures nerveuses soumises à la compression. Faire disparaître ou diminuer la douleur. L'objectif est que les déficits neurologiques existant avant l'opération (paralysie–perte de force–engourdissement–perte des réflexes–incontinence urinaire, etc.) et les plaintes telles que la douleur et les contractures soient complètement résolus par le traitement chirurgical appliqué, ou que leur aggravation puisse être stoppée.

5. Durée Estimée de l'Opération

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

6. Risques et Complications de l'Opération

Outre ses bénéfices, l'intervention chirurgicale à réaliser comporte également des risques susceptibles de survenir.

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 toutes les formes d'anesthésie ainsi qu'en sédation, il existe 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 une telle situation, j'approuve la transfusion sanguine nécessaire et les autres traitements. Certains médicaments que j'utilise et/ou qui doivent être utilisés pendant mon traitement peuvent augmenter le risque hémorragique 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 hémorragique.

Formation de caillots sanguins : Des caillots sanguins peuvent se former après tout type d'opération. Les caillots se formant dans la zone de saignement peuvent entraver la circulation sanguine et entraîner des complications telles que douleur, œdème, inflammation ou lésion tissulaire. En cas d'arrêt de l'utilisation d'anticoagulants, le risque de coagulation peut augmenter.

Aggravation Neurologique Postopératoire : En raison de problèmes tels qu'une hémorragie au site opératoire, les fonctions du système nerveux peuvent se détériorer après l'opération.

Problèmes respiratoires : Après l'opération, une détresse respiratoire ou une pneumonie, généralement transitoires, peuvent survenir. Une embolie pulmonaire (obstruction des vaisseaux des poumons) peut survenir.

Complications cardiaques : L'opération comporte un faible risque d'entraîner un rythme cardiaque irrégulier ou un infarctus du myocarde.

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

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

Infection : L'infection peut survenir au niveau de la zone d'incision cutanée, mais aussi dans le champ opératoire, voire dans l'os situé dans le champ opératoire. Parmi les risques liés à l'infection figure la formation d'un empyème-abcès (accumulation de pus).

Récidive (Réapparition), Résidu (Reliquat) : Après l'opération, les symptômes peuvent réapparaître et une opération supplémentaire peut être nécessaire.

Perte de fonction : Après l'intervention, une diminution, voire une perte totale, des fonctions existantes du patient peut survenir.

Absence de ré-innervation : La complication la plus fréquemment rencontrée dans les anastomoses des nerfs périphériques est l'absence de ré-innervation dans le délai attendu (6-8 mois). Cette situation peut être due à l'insuffisance des sutures placées sur le nerf, à une tension excessive de la zone de réparation ou à un retard excessif après le traumatisme. En l'absence de signe de ré-innervation dans le délai attendu, la zone de suture doit être explorée et, si nécessaire, une neurolyse et/ou une résection et une anastomose sont réalisées.

J'ai également compris que, pendant mon opération, face à une situation imprévue telle qu'une hémorragie, une lésion d'un tissu ou d'un organe voisin, etc., mon médecin pourrait, au-delà de l'acte planifié, réaliser d'autres actes nécessaires à ma santé, et je l'approuve. J'ai compris et j'accepte tous les risques écrits ci-dessus susceptibles de survenir pendant et après l'intervention chirurgicale qui sera pratiquée sur moi.

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

Les plaintes actuelles et l'état clinique du patient peuvent ne pas s'améliorer, et une aggravation peut survenir.

8. Caractéristiques Importantes des Médicaments qui Seront Utilisés

Si vous avez une allergie médicamenteuse déjà identifiée, vous devez impérativement en informer votre médecin et votre infirmier/infirmière. Au cours de votre processus de 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. Pendant 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 d'organes. **PROPHYLAXIE** : Avant et après votre opération, un traitement antibiotique préventif approprié est appliqué 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, des traitements médicamenteux différents ou des produits sanguins peuvent vous être administrés afin de contrer les effets de ces médicaments. **SOINS INTENSIFS-DÉLIRIUM** : Pour les manifestations psychologiques pouvant apparaître chez les patients âgés et lors de séjours prolongés en soins intensifs, des médicaments régulateurs de la santé mentale recommandés par un médecin spécialiste des maladies mentales et nerveuses peuvent être utilisés. Ces médicaments peuvent endommager le cœur, les reins et d'autres organes. En complément, des médicaments liés à l'anesthésie sont utilisés. Les médicaments d'anesthésie générale (narcose) 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 médicaments à base de plantes, des compléments alimentaires, des drogues illégales, de l'alcool et des stupéfiants/substances psychotropes. 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. J'ai reçu des informations sur les caractéristiques importantes des médicaments qui seront utilisés pour le diagnostic et le traitement pendant mon séjour à l'hôpital (leur indication, leurs bénéfices, leurs effets indésirables, leur mode d'utilisation).

9. Recommandations d'Hygiène 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 pouvait entraîner un allongement de mon processus de guérison. Les risques anesthésiques sont plus élevés chez les patients fumeurs, et le décès dû à l'anesthésie est observé plus fréquemment. Si vous fumez, vous devez savoir que le succès du traitement/de l'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/mon opération (régime alimentaire, bain, prise de médicaments, état de mobilité et/ou restrictions).

10. Section Propre au Patient

*Les situations personnelles 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 à 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 j'ai été 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 vise à faire disparaître mes plaintes et qu'elle est réalisée avec 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 relatives à cette intervention ont reçu une réponse. Par conséquent, je donne mon consentement à la **CHIRURGIE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN** ainsi qu'à toutes les opérations différentes ou complémentaires et à toutes les interventions thérapeutiques supplémentaires 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 pour le progrès des travaux médicaux, de la recherche médicale et de la formation des médecins, sous réserve du respect des règles de confidentialité.

Photographie/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 la probabilité de succès et d'échec.

Je sais ce qui peut arriver si je ne suis pas traité(e).

Je comprends que l'acte à réaliser peut ne pas comporter de 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 prends ma décision 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 SYNDROME DU CANAL CARPIEN, mes questions ont reçu des réponses et je consens librement à cette intervention. »

C) Signatures

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