

TRAITEMENT INTERVENTIONNEL DE LA DOULEUR

Document de consentement éclairé

N° de formulaire: AOF-008		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-008	N° de rév. / Date : 2026 v09 / 10.07.2026
----------------------------	---

1. Cher patient, chère patiente,

Être informé(e) de votre état de santé ainsi que 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 l'acte qui sera pratiqué 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 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, des traitements médicaux et des interventions chirurgicales, accepter ou non les actes qui seront pratiqués relève de votre propre décision. Hors les cas d'obligation légale ou médicale, vous pouvez refuser d'être informé(e) ou retirer votre consentement à tout moment. Ce formulaire a été préparé afin 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 votre médecin.

2. Informations générales sur la maladie et le traitement

Injection des articulations facettaires : il s'agit de l'injection d'un stéroïde retard (dépôt) et d'un anesthésique local dans et autour des articulations facettaires — les articulations qui relient les vertèbres à la partie postérieure de la colonne vertébrale — afin de supprimer / réduire les douleurs provenant de ces articulations. L'acte est réalisé dans des conditions stériles, en visualisant les articulations facettaires à l'aide d'un amplificateur de brillance (arceau en C) ou d'une échographie. Lorsque votre médecin le juge nécessaire, il peut être associé à une injection épidurale de stéroïdes. L'injection épidurale de stéroïdes est un traitement interventionnel non chirurgical de la douleur, utilisé pour soulager les douleurs qui se développent dans les régions du cou, du bras, du bas du dos et de la jambe à la suite de la compression et de l'irritation des nerfs. Elle est utilisée pour contrôler la douleur dans des situations telles que les hernies discales (hernie lombaire–cervicale), le glissement discal et le canal rachidien étroit. Avec l'injection épidurale, un mélange médicamenteux est administré autour du nerf spinal endommagé par l'intermédiaire de l'espace épidural ; il contient un stéroïde retard à effet prolongé ainsi qu'un anesthésique local destiné à procurer un soulagement précoce et à prévenir l'activité réflexe ultérieure. Bien que l'effet de l'administration épidurale de stéroïdes varie d'un patient à l'autre, le but de l'injection est, en réduisant ou en supprimant la douleur, de permettre au patient de reprendre sa vie normale et, si nécessaire, de participer confortablement à un programme de kinésithérapie et d'exercices. Qu'est-ce qu'une injection épidurale de stéroïdes ? L'injection contient un stéroïde retard à effet prolongé et un agent anesthésique local. Par l'intermédiaire de l'espace épidural, le médicament atteint le nerf spinal comprimé ou affecté et supprime la douleur en réduisant l'inflammation et l'œdème de cette zone, éliminant ainsi la pression et l'irritation exercées sur le nerf. L'intervention est réalisée dans des conditions stériles, sous anesthésie locale

Techniques d'application : 1) Technique interlaminaire : en entrant par le milieu de la colonne vertébrale, le médicament est administré dans l'espace épidural ; le médicament se répand librement autour des nerfs. 2) Technique transforaminale : le médicament est administré autour du nerf affecté en entrant avec une aiguille par l'orifice (foramen) par lequel le nerf spinal problématique sort de la colonne vertébrale ; il s'agit d'une intervention ciblée sur le nerf destiné au traitement, réalisée sous imagerie radiologique continue avec contrôle par amplificateur de brillance (arceau en C).

Ce qu'il faut faire avant l'intervention : Si vous présentez une grippe, une sinusite ou une infection similaire ayant débuté le jour de l'intervention ou auparavant, ou si vous avez une fièvre élevée même de cause indéterminée, informez-en impérativement votre médecin avant l'intervention. Les médicaments fluidifiant le sang tels que l'Aspirine, le Coraspin et les médicaments contenant du ginkgo biloba doivent être arrêtés 10 jours à l'avance. Les médicaments anticoagulants utilisés dans des situations particulières (Coumadine, Plavix, etc.) doivent également être arrêtés au moins 1 semaine à l'avance, après avoir consulté le médecin qui vous a prescrit ces médicaments et obtenu son accord. Si vous avez un traitement cardiaque, antidiabétique ou antihypertenseur que vous devez prendre en continu, consultez votre médecin et demandez comment vous devez prendre ces médicaments. Le jour de l'intervention, apportez avec vous vos examens d'imagerie les plus récents (IRM – EMG – Tomodensitométrie). Venez impérativement avec un accompagnant qui peut vous accompagner ; ne venez pas seul(e).

À qui l'intervention n'est pas pratiquée : L'intervention n'est pas réalisée chez les patients qui présentent une infection active pendant la période de l'intervention ; qui sont enceintes ou susceptibles de l'être ; qui présentent un trouble de la coagulation-hémorragique ; qui présentent une infection au niveau de la zone d'intervention ; et qui n'acceptent pas que l'intervention soit réalisée.

3. Alternatives éventuelles à l'opération

Comme alternatives à l'opération, j'ai évalué les options suivantes : • Assumer tous les risques et ne pas faire pratiquer le traitement ou l'injection recommandés. • Essayer de soulager la douleur ou le spasme musculaire par un traitement médicamenteux. • Essayer de soulager les plaintes par des méthodes de kinésithérapie / physiothérapie. • Essayer de soulager les plaintes par des méthodes de traitement algologiques (médecine de la douleur). • Autres options thérapeutiques possibles... J'ai

également évalué les autres méthodes de traitement qui m'ont été exposées par mon médecin. Les avantages et les inconvénients de ces méthodes alternatives m'ont également été expliqués par mon médecin.

4. Bénéfices attendus de l'opération

Une diminution des douleurs du patient est attendue après l'acte.

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 avant et après l'opération par les médecins anesthésistes 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 donnera des informations détaillées à la fin de l'acte.

6. Risques et complications de l'opération

Outre ses bénéfices, l'acte chirurgical à réaliser comporte également des risques possibles. Chez les patients diabétiques, un déséquilibre de la glycémie peut être observé pendant 1 à 2 semaines ; un médicament supplémentaire peut rarement être nécessaire.

Parmi les patients recevant une injection épidurale de stéroïdes, selon la littérature, il existe une possibilité d'infection à une fréquence d'un cas sur 40 à 60 mille patients ; toutefois, en réalisant l'intervention au bloc opératoire dans des conditions de stérilité absolue et grâce aux précautions supplémentaires prises, cette probabilité est ramenée au niveau le plus bas.

Très rarement, des céphalées transitoires peuvent survenir. Une lésion nerveuse est également une situation très rarement observée.

Une rétention de liquide dans le corps peut survenir en raison du stéroïde utilisé. Cette situation peut être évitée en suivant, autant que possible, un régime sans sel durant la première semaine.

Bien que tout ce qui précède soit constitué d'informations figurant dans les ouvrages de médecine et dans la littérature, toutes les précautions nécessaires sont prises pour la sécurité de l'intervention et tous les risques énumérés sont réduits au minimum. Bien que les risques et complications de cette intervention soient peu nombreux, des complications particulières liées au positionnement de l'aiguille et à l'injection peuvent survenir. J'ai compris et j'accepte tous les risques mentionnés ci-dessus pouvant survenir pendant et après l'acte chirurgical qui me sera pratiqué.

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 une aggravation peut survenir.

8. Caractéristiques importantes des médicaments à utiliser

En cas d'allergie médicamenteuse préalablement identifiée, vous devez impérativement en informer votre médecin et votre infirmier/infirmière. 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 en vente libre, des médicaments à base de plantes, des compléments alimentaires, des drogues illicites, de l'alcool et des somnifères/stupéfiants. Les effets de l'utilisation de ces substances avant et après l'acte 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, bain, prise de médicaments, mobilité et/ou restrictions éventuelles).

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 arbitre. 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 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 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 au **TRAITEMENT INTERVENTIONNEL DE LA DOULEUR — INJECTION FACETTAIRE / TRANSFORAMINALE / ÉPIDURALE** ainsi qu'à toutes les interventions chirurgicales et thérapeutiques différentes ou 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'acte chirurgical.

Recherche médicale : Je consens à ce que les informations cliniques figurant dans mon dossier médical soient examinées aux fins du progrès 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 filmée 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 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, tout ce qui est écrit ici, de manière claire, compréhensible et explicite, 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 deuxième avis.

J'ai lu et compris le contenu du formulaire de consentement éclairé.

Tous les espaces vides de ce formulaire ont été remplis avant que je le signe 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 TRAITEMENT INTERVENTIONNEL DE LA DOULEUR, 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		