

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (RISQUES COVID-19)

Je \_\_\_\_\_ comprends que j'opte pour une procédure électorive qui n'est pas urgente et qui n'est pas médicalement requise.

Je comprends également que le coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé. Je comprends, en outre, que COVID-19 est extrêmement contagieux et on croit qu'il se propage par contact de personne à personne.

Je reconnais que le Dre \_\_\_\_\_ et tout le personnel de l'établissement ont mis en place des mesures préventives raisonnables visant à réduire la propagation du COVID-19. Cependant, étant donné la nature du virus, je comprends qu'il existe un risque inhérent d'être infecté par COVID-19 en procédant à cette chirurgie. Je reconnais et assume, par la présente, le risque d'être infecté par COVID-19 et, je donne ma permission expresse au Dre \_\_\_\_\_ et à tout le personnel de l'établissement de procéder à l'intervention chirurgicale.

Je comprends que, même si j'ai été testé pour COVID-19 et que j'ai reçu un résultat de test négatif, les tests, dans certains cas, peuvent ne pas détecter le virus. J'ai peut-être aussi contracté COVID-19 après le test.

Je comprends que l'exposition possible au COVID-19 avant/pendant/après mon traitement peut entraîner les conséquences suivantes : un diagnostic positif de COVID-19, la quarantaine prolongée/auto isolement, des tests additionnels, l'hospitalisation qui peut nécessiter un traitement médical, le traitement en soins intensifs, le besoin possible de soutien de la respiration (intubation/ventilateur), d'autres complications potentielles, et le risque de décès. En outre, après ma chirurgie, je peux avoir besoin de soins supplémentaires qui peuvent m'obliger à aller à une salle d'urgence dans un hôpital.

Je comprends que COVID-19 peut causer des risques supplémentaires, dont certains ou plusieurs ne sont pas actuellement connus à l'heure actuelle, en plus des risques décrits dans la présente, ainsi que des risques associés à la chirurgie elle-même.

*Je comprends que **je dois aviser la clinique rapidement** si je reçois un résultat positif à la covid-19 puisque le test PCR est obligatoire avant toute chirurgie sous anesthésie et que le virus demeure perceptible jusqu'à 6 mois suivant la contraction du virus. Cette mesure a pour but d'éviter un faux résultat positif la veille de la chirurgie.*

*Je comprends que je ne pourrais pas être opéré moins de 6 semaines suivant un test de covid-19 positif.*

JE COMPRENDS LES EXPLICATIONS, JE N'AI PLUS DE QUESTIONS ET JE CONSENS À LA PROCÉDURE.

\_\_\_\_\_  
Patient ou personne autorisée à signer pour la date/heure du patient

Témoin

\_\_\_\_\_  
Date/heure : \_\_\_\_\_