

## **CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT**

Nom du patient : BRASSEUR

Prénom : Victorine

Date de naissance : 12/03/1958

Adresse : 14 rue des Lilas, 40600 BISCAROSSE

### **Objet du consentement :**

Je soussignée, Victorine BRASSEUR, atteste avoir été informée par le Docteur Juliette BIRENCHON, de la nature, des objectifs, des modalités et des risques liés à l'examen suivant :

Intitulé de l'examen ou de l'intervention : Coronarographie

Lieu de réalisation : Clinique Dupré, 40600 BISCAROSSE

Date prévue : 29 avril 2025

### **Informations reçues :**

Le médecin m'a expliqué :

- Que la coronarographie permet de visualiser les artères coronaires afin de détecter d'éventuelles obstructions ou anomalies.
- Que l'examen se fait par injection d'un produit de contraste via un cathéter introduit dans une artère (souvent au niveau du poignet ou de l'aine).
- Que les risques incluent : réactions allergiques au produit de contraste, saignements au point de ponction, troubles du rythme cardiaque, et très rarement infarctus ou AVC.
- Que des alternatives existent (scanner cardiaque, IRM), mais sont moins précises dans certains cas.
- Que le refus de l'examen pourrait retarder ou compromettre le diagnostic et la prise en charge adaptée.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires et d'obtenir des réponses claires et compréhensibles.

### **Consentement :**

Je déclare avoir compris les informations qui m'ont été communiquées. Je consens librement et de manière éclairée à la réalisation de l'examen mentionné ci-dessus.

Fait à : Biscarrosse

Le : 24 Avril 2025

Signature du patient : (*précédé de la mention « lu et approuvé »*)

(signature de la patiente)

Signature du médecin : Dr Juliette BIRENCHON