

# Informations aux patients sur la lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (destruction des calculs biliaires et pancréatiques par ultrasons)

Etiquette

Protocole d'information remis par :

Date :

## Cher patient, chère patiente

Nous vous prions de bien vouloir lire ces documents **immédiatement** après réception. Veuillez compléter le questionnaire, indiquer la date et le signer si possible la veille de l'examen. Si vous avez des questions, parlez-en à votre médecin ou au médecin spécialiste (gastroentérologue).

Nous allons procéder à une **ESWL (lithotripsie extracorporelle par ondes de choc)**. Dans le cadre de cet examen vous recevez par la présente :

- une notice informative
- un questionnaire
- une déclaration d'accord

### La notice informative :

Celle-ci contient des informations sur le déroulement de l'examen ainsi que sur les objectifs et les risques y afférents. Veuillez la lire attentivement.

N'hésitez pas à consulter votre médecin si vous avez d'autres questions quant à la nécessité et à l'urgence de l'examen, les éventuelles alternatives et les risques inhérents. Le médecin qui vous a prescrit l'examen pourra vous répondre à la plupart de ces questions. Des questions spécifiques touchant aux aspects techniques de l'examen ou des problèmes précis peuvent être adressées au médecin spécialiste (gastroentérologue), le cas échéant. Si vous souhaitez contacter le médecin en charge de l'examen, nous vous prions de bien vouloir nous contacter suffisamment en avance ou de vous adresser à votre médecin traitant.

### Le questionnaire :

Nous vous prions de bien vouloir renseigner le questionnaire ci-joint sur les tendances hémorragiques et les questions relatives aux médicaments, incompatibilités ou allergies. Si vous prenez des médicaments anticoagulants pour l'hémodilution (p.ex. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) ou si vous prenez régulièrement de l'**Aspirine, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc**, vous devez le signaler à votre médecin (au plus tard 1 semaine avant l'examen) pour décider d'une éventuelle interruption du traitement. Veuillez apporter le questionnaire le jour de l'examen. Nous vous serions grés de dater et signer le questionnaire la veille de l'examen. Si vous rencontrez des problèmes ou des questions en remplissant le formulaire, merci de bien vouloir nous contacter ou d'en discuter avec votre médecin.

### La déclaration d'accord :

Veuillez également lire attentivement la déclaration d'accord. Dater et signer le document au plus tard la veille de l'examen.

La notice informative est destinée à votre usage personnel, vous pouvez la garder.

Le questionnaire et la déclaration d'accord seront conservés dans nos dossiers médicaux.

*Documents d'informations recommandés par la Société Suisse de Gastroentérologie SGGSSG, la fédération des médecins suisses FMH, ainsi que l'Organisation suisse des Patients OSP.*

## **Notice informative sur l'ESWL**

### **Pourquoi effectuer une ESWL ?**

Vous avez des calculs dans les voies biliaires / voies pancréatiques qui gênent l'écoulement de la bile ou sécrétions pancréatiques. Ces calculs seront brisés en petits morceaux par des ondes de choc, afin qu'ils puissent être enlevés des voies biliaires / voies pancréatiques par la suite.

### **Comment dois-je me préparer à l'ESWL ?**

Avant l'examen, vous êtes prié de ne plus consommer de nourriture solide à partir de minuit, car la partie supérieure du tube digestif ne doit pas contenir de restes d'aliments pour la CPRE. Vous pouvez boire des liquides ne contenant pas de lipides (pas de lait) jusqu'à 4 heures avant l'admission. Ne prenez pas vos médicaments habituels, sauf si votre médecin vous y autorise explicitement.

### **Aptitude à la conduite / à travailler ?**

Vous recevrez des somnifères et/ou des médicaments antidouleurs pour cet examen. Après la prise de ces médicaments, votre aptitude à la conduite est diminuée. Ne venez pas avec votre propre véhicule et assurez-vous d'être accompagné le jour de l'examen. Durant les 12 heures suivant la prise des médicaments vous n'aurez pas la capacité à contracter. Cela signifie que vous ne pourrez pas signer de contrats pendant ce temps.

### **Comment se déroule une ESWL ?**

La destruction des calculs pouvant être douloureuse, généralement, l'examen implique une administration préalable de médicaments antidouleurs ou même une anesthésie générale. Avant toute chose, la position des calculs est déterminée par une radiographie et l'on vous demandera de vous positionner en fonction. Pendant l'examen, la position du dispositif à ultrasons est à nouveau contrôlée, afin de pouvoir diriger les ondes sur les calculs avec précision. Il est possible que la totalité des calculs ne puisse pas être détruite en une seule séance, d'autres séances seront alors peut-être nécessaires.

De manière générale, l'examen nécessite une CPRE (endoscopie comprenant l'étude des voies biliaires et du pancréas) le lendemain ou le surlendemain de l'examen.

### **Quels sont les risques afférents à l'ESWL ?**

La destruction des calculs dans les voies biliaires et pancréatiques est une procédure de routine et ne comporte que très peu de risques. Mais malgré tout le soin apporté à cette intervention, dans quelques cas rares des complications peuvent survenir. Dans des cas exceptionnels, celles-ci peuvent représenter un danger de mort. Les ondes de choc ultrasoniques peuvent causer des rougeurs sur la peau et de petites hémorragies cutanées bénignes. Plus rarement des hématomes apparaissent. Dans quelques cas isolés, des saignements peuvent apparaître autour des voies biliaires et pancréatiques. Lors de la destruction des calculs dans les voies pancréatiques le pancréas peut développer une inflammation. Dans de rares cas, ces complications peuvent occasionner une intervention chirurgicale ou une hospitalisation prolongée. Dans quelques cas isolés, l'administration de sédatifs peut provoquer des troubles respiratoires et des troubles cardio-vasculaires.

### **Comment dois-je me comporter après l'examen ?**

Après la destruction des calculs vous resterez sous surveillance médicale pendant quelques heures. Si vous ressentez des **maux de ventre**, des troubles cardio-vasculaires (p.ex. vertiges), une insuffisance respiratoire, des frissons ou de la fièvre, contactez immédiatement votre médecin ou rendez vous aux urgences.

### **Avez-vous d'autres questions ?**

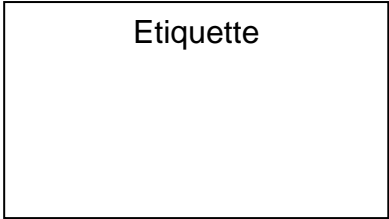
Si vous avez d'autres questions concernant l'examen programmé, veuillez vous adresser à votre médecin traitant. S'il ne peut pas répondre à vos questions, consultez le médecin spécialiste (gastroentérologue), qui est chargé d'effectuer votre examen.

### **En cas de questions ou problèmes vous pouvez vous adresser aux médecins suivants :**

Médecin traitant		Tél :
Gastroentérologue		Tél :

*Documents d'informations recommandés par la Société Suisse de Gastroentérologie SGGSSG, la fédération des médecins suisses FMH, ainsi que l'Organisation suisse des Patients OSP.*

# Questionnaire



## Questions sur vos tendances hémorragiques:

*oui non*

1. Avez-vous de forts <b>saignements de nez</b> sans raison apparente ?		
2. Avez-vous des <b>saignements des gencives</b> sans raison apparente ?		
3. Avez-vous des « <b>bleus</b> » ( <b>hématomes</b> ) ou de petits saignements cutanés sans raison apparente ?		
4. Avez-vous l'impression que vous <b>saignez plus longtemps pour de petites blessures</b> (p.ex. pendant le rasage) ?		
5. Si vous êtes une femme : Avez-vous l'impression que vos <b>règles durent plus longtemps</b> (> 7 jours) ou que vous devez changer de tampon ou de serviette plus souvent ?		
6. Avez-vous eu des <b>saignements</b> de longue durée ou intenses pendant ou après un <b>traitement dentaire</b> ?		
7. Avez-vous eu des <b>saignements</b> de longue durée ou intenses <b>pendant ou après des opérations</b> (p.ex. opération des amygdales, appendicectomie, accouchement) ?		
8. Avez-vous reçu des conserves ou <b>produits sanguins</b> pendant des opérations ?		
9. Existe-t-il dans <b>votre famille</b> (parents, frères et sœurs, enfants, grands-parents, oncles, tantes) une <b>maladie avec une tendance hémorragique</b> ?		

## Questions sur les médicaments, allergies, maladies connexes :

1. Prenez-vous des <b>médicaments anticoagulants</b> pour l'hémodilution (p.ex. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) ou avez-vous pris un des médicaments suivants ces 7 derniers jours : <b>Aspirine, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc.</b> ou des <b>médicaments antiviraux, antidouleurs ou contre les rhumatismes</b> ? Si oui, lesquels ?		
2. Avez-vous des <b>allergies / hypersensibilités</b> (médicaments, latex, anesthésiants locaux, adhésifs) ? Si oui, lesquelles ?		
3. Souffrez-vous d'un <b>vice valvulaire, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire</b> ? Avez-vous une carte de <b>prophylaxie de l'endocardite</b> (vert/rouge) ?		
4. Êtes-vous porteur d'un <b>pacemaker / défibrillateur</b> ou d'un <b>implant métallique</b> ?		
5. Avez-vous connaissance d'une <b>insuffisance rénale</b> ?		
6. Êtes- vous <b>diabétique</b> ?		
7. Si vous êtes une femme : Êtes-vous ou pourriez-vous être <b>enceinte</b> ?		
8. Avez-vous des <b>dents qui bougent</b> , une <b>prothèse dentaire</b> ou une <b>maladie dentaire</b> ?		

## Je, soussigné(e), déclare avoir rempli le questionnaire en toute bonne foi.

Lieu, date

Nom du patient

Signature du patient

.....

.....

.....

*Documents d'informations recommandés par la Société Suisse de Gastroentérologie SGGSSG, la fédération des médecins suisses FMH, ainsi que l'Organisation suisse des Patients OSP.*



## Déclaration d'accord

### concernant l'ESWL (destruction des calculs biliaires et pancréatiques par ultrasons)

Etiquette
-----------

Protocole d'information remis par :

Date :

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la notice informative.

J'ai été informé(e) par le/la médecin des raisons (indications) de l'ESWL. Je comprends la nature, le déroulement et les risques de l'ESWL. J'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions.

*(Cocher la case correspondante)*

**Je donne mon accord pour l'exécution de l'ESWL.**

Oui	Non
Oui	Non

**Je donne mon accord à l'administration de sédatifs pour l'examen endoscopique**

Nom du patient

Nom du médecin

Lieu, date

.....  
Signature du patient

Lieu, date

.....  
Signature du médecin

.....

.....

.....

.....

**Pour les patients ne pouvant pas exprimer leur accord :**

Représentant légal ou  
mandataire

Nom du médecin

Lieu, date

.....  
Signature du représentant

Lieu, date

.....  
Signature du médecin

.....

.....

.....

.....

*Documents d'informations recommandés par la Société Suisse de Gastroentérologie SGGSSG, la fédération des médecins suisses FMH, ainsi que l'Organisation suisse des Patients OSP.*