

## Informations aux patients sur la ponction d'ascite à visée diagnostique ou thérapeutique

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 **ponction d'ascite**. 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. Datez et signez 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 la ponction d'ascite à visée diagnostique ou thérapeutique**

### **Pourquoi effectuer une ponction d'ascite ?**

Votre cavité abdominale contient du liquide (ascite). Cette collection doit être ponctionnée fin de pouvoir déterminer l'origine de l'ascite (diagnostic) ou afin de pouvoir vider l'estomac en cas de présence de grandes quantités de liquide (thérapeutique). Le liquide extrait de cette manière sera analysé pour en déterminer les composants et la présence de bactéries.

### **Comment dois-je me préparer à une ponction d'ascite ?**

Mise à part la détermination des paramètres de coagulations, la ponction d'ascite ne demande pas de préparation spécifique.

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

Il est possible que vous receviez des somnifères 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 ponction d'ascite ?**

Généralement, une perfusion est posée dans le bras au préalable. A l'aide des ultrasons, l'endroit approprié pour la ponction d'ascite est déterminé. Après une désinfection et une anesthésie locale de la peau et des muscles, une aiguille est introduite dans l'ascite à travers la peau du ventre, jusqu'à ce que le liquide puisse être aspiré. La ponction ne dure que quelques secondes. Dans le cas d'une ponction thérapeutique, une canule est posée dans la collection, à travers laquelle l'ascite peut être drainée en quelques heures. Après l'enlèvement de l'aiguille ou de la canule, un pansement est mis à l'endroit de la ponction, ainsi l'intervention est terminée.

### **Quels sont les risques afférents à la ponction d'ascite ?**

L'examen en lui même ne comporte que 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. Il s'agit notamment de : hématomes cutanés ou musculaires (<5%) de saignements dans les ascites (< 0.5%), d'infections cutanées locales (< 0.5%), et de lésions aux organes intérieurs (< 0.2%). Ces complications peuvent impliquer une hospitalisation et très rarement une opération (0,2‰). 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 ?**

A la suite de l'examen vous pouvez rentrer chez vous ou repartir à la station. Si une grande quantité de liquide a été enlevée (> 2 litres), une perfusion d'albumine sera posée pour remplacer l'albumen/liquide. Si vous ressentez des vertiges ou constatez des problèmes cardio-vasculaires, asseyez-vous et hydratez-vous. Si les troubles ne s'améliorent pas, consultez un 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

Etiquette

### 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> ?<br>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 la ponction d'ascite à visée diagnostique ou thérapeutique

|           |
|-----------|
| Etiquette |
|-----------|

Protocole d'information remis par :

Date :

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

J'ai été informée par le/la médecin des raisons (indications) de la ponction d'ascite. Je comprends la nature, le déroulement et les risques de la ponction d'ascite. J'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions.

*(Cocher la case correspondante)*

**Je donne mon accord pour l'exécution de la ponction d'ascite.**

|     |     |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

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

|     |     |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

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.*