



DT9280

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ET À L'ANESTHÉSIE

J'ai pris connaissance de la brochure concernant l'électroconvulsivothérapie (ECT).

(Ce que vous devez savoir sur l'ECT, CEECTQ)

_____ Initiales

Je reconnais que l'ECT m'a été prescrite

(ou à la personne que je représente) pour traiter le (la) : _____

Inscrire le nom de la maladie

_____ Initiales

1. Informations concernant l'ECT

Mon médecin, _____, m'a expliqué les informations contenues dans la brochure et a répondu à toutes mes questions de manière satisfaisante. Il m'a également informé des motifs justifiant le choix de l'ECT pour ma condition mentale, des bénéfices attendus, des risques et des effets indésirables, des conséquences en cas de refus de ce traitement ainsi que des alternatives disponibles et scientifiquement reconnues à ce traitement.

J'ai eu le temps nécessaire pour discuter de la pertinence d'utiliser ce traitement et de ses alternatives avec mes proches et avec l'équipe de soins.

Je comprends que l'ECT consiste à envoyer, **sous anesthésie générale**, un courant électrique au niveau de la tête avec des électrodes pour provoquer une convulsion. L'ECT peut être administrée de manière bifrontale, bitemporale ou unilatérale selon la sévérité de la maladie, les effets indésirables potentiels et la réponse de la personne au traitement. La plupart des personnes répondent rapidement à l'ECT; d'autres voient leur état s'améliorer, mais rechutent et ont besoin alors d'autres séances; et quelques-unes ne voient pas d'amélioration. L'importance des effets secondaires peut également varier d'une personne à l'autre.

J'ai été informé(e) que ma condition médicale générale sera étroitement surveillée par l'équipe médicale qui mesurera l'activité électrique de mon cerveau, ma tension artérielle, mon pouls et mon niveau d'oxygène dans mon sang.

J'ai été informé(e) des maladies pour lesquelles ce traitement est généralement indiqué :

- Dépression majeure réfractaire;
- Certaines formes de catatonie;
- Trouble bipolaire forme maniaque réfractaire;
- Schizophrénie réfractaire.

J'ai été informé(e) des indications d'utilisation de l'ECT :

- Les traitements habituels ont échoué;
- Les traitements habituels ne sont pas tolérés ou sont contre-indiqués;
- La vie de l'utilisateur est menacée à court terme;
- L'utilisateur a une condition pour laquelle l'ECT est efficace;
- L'utilisateur a bien répondu à l'ECT dans le passé et il préfère ce traitement.

J'ai été informé(e) des effets secondaires les plus fréquents associés à l'ECT :

- Confusion;
- Maux de tête;
- Courbatures ou raideurs musculaires;
- Nausées;
- Troubles de mémoire (généralement reliés au nombre et au type de traitements reçus).

Ces troubles disparaissent habituellement dans les jours ou les mois suivant le traitement par ECT. Cependant, il est possible que certains souvenirs soient définitivement effacés.

J'ai été informé(e) des rares complications suivantes :

- Dislocation ou fracture d'un os;
- Complication dentaire;
- Rythme cardiaque irrégulier;
- Décès (taux équivalent à celui de l'anesthésie générale).

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précédentes et je comprends que je peux recevoir les réponses à mes questions de la part du personnel médical.

_____ Initiales

2. Consentement à recevoir des traitements d'ECT

Je comprends que le présent consentement est volontaire et qu'il peut être retiré verbalement en tout temps.

Je consens à recevoir le traitement d'ECT à l'établissement de santé _____ selon les modalités suivantes :

En phase aiguë : de _____ à _____ séances d'ECT sur une période maximale de deux (2) mois, à une fréquence de deux (2) à trois (3) séances par semaine.

En phase d'entretien : de _____ à _____ séances d'ECT sur une période maximale de six (6) mois, à une fréquence qui sera définie par le médecin selon mon évolution.

Je consens à recevoir les soins d'urgence nécessaires si mon état se détériore en cours de traitement.

Signataire : usager(e) ou personne autorisée	Date (année, mois, jour)	Témoin à la signature (facultatif) Famille ou proche ou intervenant
Contresignataire : médecin traitant	Date (année, mois, jour)	

3. Engagement de la personne

En préparation à l'ECT, je m'engage à :

- Ne pas consommer d'eau ou d'autre liquide huit (8) heures avant chaque séance d'ECT;
- Ne pas consommer d'aliments huit (8) heures avant chaque séance d'ECT;
- Prendre, avant chaque séance d'ECT, uniquement le(s) médicament(s) autorisé(s) par le médecin;
- Être accompagné(e) après chaque séance d'ECT.

Je m'engage à respecter toutes les autres consignes fournies par l'établissement administrant l'ECT tout au long de mon traitement par ECT et de ma convalescence.

_____ Initiales

4. Consentement à l'anesthésie

Je consens à ce qu'une anesthésie générale me soit administrée par _____ ou par un autre médecin autorisé lors de mon traitement par ECT.

Je reconnais avoir été informé(e) de la nature, des risques et des effets de cette anesthésie.

Signataire : usager(e) ou personne autorisée	Date (année, mois, jour)	Témoin à la signature (facultatif) Famille ou proche ou intervenant
Contresignataire : médecin traitant	Date (année, mois, jour)	

5. Engagement du médecin traitant

Je confirme l'aptitude de l'utilisateur à consentir au traitement proposé.

J'ai recours au consentement du représentant autorisé de l'utilisateur.

J'ai expliqué à l'utilisateur (ou à son représentant) les informations concernant l'ECT (nature, but, bénéfices, risques, effets indésirables, procédures et traitements alternatifs) contenues dans la brochure et indispensables à son consentement éclairé.

Je m'engage à répondre à ses questions et à le tenir informé(e) des progrès et des effets secondaires tout au long de son traitement par ECT.

Je comprends qu'un nouveau consentement doit être obtenu en cas de changement de type de traitement (phase aiguë, phase d'entretien).

Nom du médecin traitant	Signature du médecin traitant	Date (année, mois, jour)