

## Cardiologie

Hôpital universitaire de Bâle  
Petersgraben 4, CH-4031 Bâle  
Téléphone +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

### Information et consentement éclairé

## Contrôle par choc du défibrillateur automatique cardiaque (DAI)

Chère patiente,  
Cher patient,

Pour une raison ou une autre, votre docteur/doctoresse traitant(e) a demandé à ce que votre défibrillateur automatique cardiaque (DAI) soit testé à nouveau prématurément. Pour que le test du défibrillateur ne vous soit pas désagréable, une anesthésie légère est nécessaire

## Contrôle par choc du défibrillateur automatique cardiaque (DAI)

Nous allons d'abord poser une voie d'entrée dans une de vos veines. Ensuite, un médicament vous sera injecté via cette voie d'entrée. Vous allez tomber dans un sommeil profond en 1 à 3 minutes. Le cœur sera ensuite stimulé/irrité avec un mécanisme technique spécial et une fibrillation ventriculaire, qui est l'arythmie la plus dangereuse, sera déclenchée. Le défibrillateur détectera cette fibrillation ventriculaire et l'arrêtera avec un choc électrique. Si, pour une raison quelconque, cela n'est pas possible, nous administrerons un choc électrique à l'aide d'un défibrillateur externe pour arrêter l'arythmie. Vous ne sentirez rien grâce à toutes ces mesures.

## Après le test du choc électrique

Vous pourrez rentrer chez vous après une période de surveillance d'environ une heure. Avant votre départ, le docteur/la doctoresse vous transmettra les résultats et discutera des mesures possibles avec vous. Nous vous recommandons de ne pas conduire votre propre voiture mais d'utiliser les transports en commun ou de venir à l'hôpital avec un accompagnateur.

## Espace pour dessiner un croquis/écrire une note personnelle :

### S'il vous plaît parlez avec nous

Si vous n'avez pas compris quelque chose, ou si une question qui vous semble importante n'a pas été abordée dans ce formulaire ou lors de l'entretien personnel que vous avez eu avec votre médecin.

### Déclaration de consentement

Monsieur/Madame le/la docteur/e ..... a eu avec moi un entretien d'explication se basant sur le présent formulaire d'information ainsi que sur les résultats des examens préliminaires. J'ai compris ces explications et ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je désirais. Après avoir reçu toutes les réponses à mes questions, je me déclare par la présente disposé à subir l'intervention proposée. Je donne mon accord à toutes les procédures d'urgence qui découleraient directement de l'intervention.

Signature de la patiente/du patient: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

### Consentement à la collecte des données et à leur analyse

J'accepte la collecte et l'analyse des données scientifiques de mon traitement, sous une forme électronique cryptée.

Si nécessaire, la traçabilité des données est assurée pour l'assurance qualité. Nous vous garantissons un droit d'accès illimité pour consulter vos données archivées.

Signature de la patiente/du patient: .....

Lieu et date: .....