

Consentement



Marjolène Di Marzio, CSI soins Intensifs et unité coronarienne

Mylène Ostiguy, CSI soins intensifs et unité coronarienne

2016

Dernière révision septembre 2021

Par Marjolène Di Marzio, CSI soins Intensifs et unité coronarienne

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Objectifs

Connaître les principes légaux en termes de consentement:

- Qu'est-ce qu'un consentement libre et éclairé?
- Comment déterminer si un usager est apte ou inapte?
- Quelle est la différence entre un consentement implicite vs explicite?
- Quelles sont les règles de consentement lors de situations d'urgence?
- Le refus de traitement, est-ce possible en tout temps?
- Quelles sont les maladies à traitement et à déclaration obligatoire?
- Les principes généraux concernant les gardes en établissement.

Libre

Aucune pression

Aucune menace

Aucune promesse

Sans discrimination

Éclairé

Toutes les options de traitement possibles

Traduction du langage médical

Explique...

- Nature
- Conséquences
- Complications possibles (rares et fréquentes)
- Résultats attendus
- L'implication d'un refus

Réponses honnêtes aux questions

En continu

La durée du consentement est claire

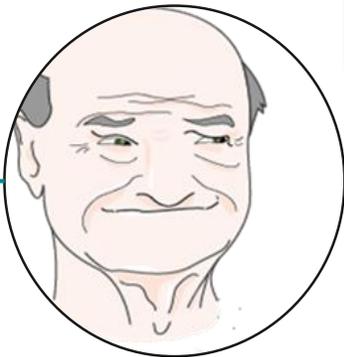
Peut être révoqué à tout moment et verbalement

Le code civil du Québec n'aborde pas la durée de validité d'un consentement, il précise cependant qu'il peut être révoqué en tout temps et doit être renouvelé dès qu'une modification est apportée à l'intervention prévue.



L'évaluation de l'aptitude est nécessaire lorsque l'utilisateur est sous sédation. La responsabilité incombe au médecin

Orienté, capable de recevoir et de comprendre l'information, de prendre une décision et de l'exprimer, sans que les facultés soient altérées



Usager

Apte

Inapte

Une personne est apte lorsqu'elle fait une tâche et...
⇒ La raisonne
⇒ L'analyse
⇒ Comprend les implications de celle-ci
⇒ Comprend les conséquences de celle-ci

Ne répond pas aux critères du Test de la Nouvelle Écosse
⇒ Relié à son **état mental** et non à son incompréhension du langage médical ou barrière linguistique.

Test de la Nouvelle Écosse
⇒ L'utilisateur comprend-t-il la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
⇒ Comprend-t-il la nature et le but du traitement?
⇒ Comprend-t-il les risques et avantages du traitement?
⇒ Comprend-t-il les risques si le traitement n'est pas suivi?
⇒ La compréhension du patient est-elle compromise par sa maladie?

Les personnes pouvant prendre une décision à la place de l'utilisateur sont...
1. Mandataire, tuteur, curateur
2. Conjoint (marié ou de fait)
3. Proche parent
4. Toute personne ayant un intérêt particulier pour l'utilisateur.

Doit prendre la décision
⇒ Dans l'intérêt de l'utilisateur
⇒ En respectant ses valeurs et volontés connues
Si l'utilisateur redevient apte, on doit refaire le processus avec lui.



Qui est responsable d'informer le patient ?

- Le devoir d'informer le patient incombe au professionnel qui sera responsable de l'intervention ou qui prodiguera les soins ou les traitements.
- Il est essentiel que les informations données à l'utilisateur soient bien documentées au dossier de celui-ci.
- Le formulaire de consentement ne démontre pas la démarche entreprise ni la validité du consentement, mais vient confirmer que l'utilisateur a accepté ce qui est écrit sur le formulaire.
- La signature du formulaire de consentement n'implique pas la responsabilité de l'obtention du consentement.

En situation d'urgence...

Conditions essentielles

(pour faire un traitement sans consentement)

1. Les soins requis sont **essentiels pour la vie du patient** et évitent une menace à son intégrité

2. La personne qui peut donner le consentement à la place du patient ne peut être rejointe **en temps opportun**.

Par contre...

Il faut respecter les volontés **déjà exprimées** par le patient

Témoins de Jéhovah

Refusent les transfusions sanguines

Possèdent un carte **signée par 2 témoins**
Souvent inscrit dans le dossier médical
Une personne de la communauté l'accompagne

Désir de non-réanimation cardiorespiratoire

Le médecin peut agir en situation d'urgence si le patient **n'a pas de document qui explique ses volontés** en matière de réanimation en sa possession ou si le document n'est pas au dossier médical.



EST10004

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
Nom, Prénom : _____
Nom de la mère : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
NAM : _____ Expiration : _____

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.

APTITUDE À DISCUTER DES NIVEAUX DE SOINS

Apté Inapte : Mandat homologué Curatelle publique/privée; Nom : _____
 Mineur de moins de 14 ans Nom du tuteur, lien : _____

Volontés antérieures :
 Aucune disponible Niveau de soins antérieur Directive médicale anticipée Testament de vie, autre

RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)

Arrêt cardiaque (circulatoire) :
(Ne s'applique pas aux objectifs C et D)
 Tenter la RCR Ne PAS tenter la RCR
Cocher si NON désiré :
Pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)
 PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement)
 PAS d'assistance ventilatoire si Inconscient (objectif C seulement)

OBJECTIF A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires NIVEAU 1

Soins maximaux : Correction de toute fonction altérée par tous les moyens diagnostiques et

OBJECTIF B : Prolonger la vie par des soins limités NIVEAU 2

Correction de toute détérioration jugée réversible par des moyens proportionnés avec restriction pour certains traitements.

Préciser, le cas échéant, ce qui est souhaité :

Définiflateur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Intubation endo-trachéale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ventilation non-invasive (BIPAP, CPAP)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dialyse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Alimentation entérale (Gavage)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Transfusion → Compléter le formulaire de consentement spécifique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

OBJECTIF C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie NIVEAU 3

Correction des pathologies réversibles et contrôle des symptômes par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort : Pas de transfert à l'hôpital (ou aux soins intensifs si déjà hospitalisé), sauf si on ne peut soulager la douleur ou tout autre symptôme

Préciser ce qui est accepté : _____

OBJECTIF D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie NIVEAU 4

Soins de confort : Interventions visant exclusivement le confort par le traitement de la douleur ou

Discuté avec : Usager Représentant Nom : _____ Lien : _____
Coordonnées : _____

Nom du médecin : _____ Signature : _____
Coordonnées : _____ No de permis : _____ Date et heure : _____

Niveaux de soins

- Utile en situation d'urgence.
- Exprime les volontés de l'utilisateur ou de son représentant quant aux soins qu'il veut ou ne veut pas recevoir.
- Nous nous devons de connaître en tout temps le niveau de soins de nos patients.



Apte

Inapte

Refus de traitement

On doit aviser le médecin

On doit aviser le médecin

Le médecin doit s'assurer que la personne comprend les impacts de son refus
Il doit s'assurer que la personne est apte à refuser, selon le Test de la Nouvelle-Écosse

Le refus soutenu et constant **doit être respecté.**
Pour offrir le soin, on ne revient pas vers la personne mandatée pour qu'elle prenne des décisions pour le patient.

Respect de la décision
Offrir d'autres options possibles

C'est le tribunal qui prendra la décision

Consentement (Section A)

Exceptions
- Soins d'hygiène
- Cas d'urgence

5. DÉPART SANS AUTORISATION

Je, _____, déclare quitter l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de mon plein gré, et je déclare un refus de traitement, à ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'hôpital, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

_____ Date _____ Nom de l'utilisateur ou personne autorisée _____ Signature de l'utilisateur ou personne autorisée

_____ Date _____ Nom du témoin à l'obtention de la signature _____ Signature du témoin

L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement à recevoir les soins à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Article 16 du Code civil du Québec

Maladies à traitement obligatoire (MATO)



Seule MATO au Québec:
Tuberculose

Le consentement du patient au traitement n'est pas nécessaire
C'est une question de santé publique.
⇒ Éviter la contagion

Et si la personne refuse de se faire traiter?

⇒ Une ordonnance de la Cour est alors demandée par le médecin traitant.

Si l'on croit que la personne ne suivra pas le traitement:

⇒ La Cour peut demander à ce que la personne soit gardée en centre hospitalier contre son gré.

Maladies à déclaration obligatoire

Maladies à surveillance extrême

Maladies à déclaration obligatoire

Doivent être déclarées dans les 48h
suivant la découverte

- ⇒ Botulisme
- ⇒ Choléra
- ⇒ Fièvre jaune
- ⇒ Fièvres hémorragiques virales (Ebola)
- ⇒ Maladie du charbon
- ⇒ Peste
- ⇒ Variole

Liste exhaustive

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/demarche-pour-les-medecins/#etape-1>

- ⇒ Hépatites virales (A,B,C)
- ⇒ Sida et VIH (SEULEMENT si a donné ou reçu des produits sanguins, des organes ou des tissus)
- ⇒ Syphilis
- ⇒ Tétanos
- ⇒ SRAS
- ⇒ Virus du Nil
- ⇒ Légionellose
- ⇒ Éclosions de SARM et ERV



Le dépistage du VIH et le consentement

- Dépister le VIH au Canada se fait sur une base volontaire.
- Il faut demander l'accord de l'utilisateur ou de la personne mandatée à prendre des décisions lui.
- Un consentement verbal est suffisant. En contexte hospitalier, faire signer un consentement écrit (toujours plus prudent) avant de prélever le spécimen.
- Si le consentement est verbal, il faut retrouver l'information dans la note médicale ou infirmière.

Les « Gardes en établissement »

1 Un médecin (**peu importe la spécialité**) peut garder un patient à l'hôpital dans le contexte d'une «garde préventive»
S'il y a dangerosité pour lui-même ou pour autrui

Max 72h

Le patient doit être informé qu'il est sous garde préventive et a le droit à un avocat.

Une garde en établissement **n'autorise pas** un professionnel de la santé à administrer un traitement au patient qui le refuse.

Elle n'autorise pas non plus une évaluation psychiatrique si le patient la refuse.

Il faut une ordonnance de la Cour pour réaliser le traitement ou l'évaluation psychiatrique

Un dépliant sur les droits et recours du patient doit lui être remis.

2 Une «garde provisoire» requiert que le Tribunal demande une évaluation psychiatrique du patient dans les 48h suivant l'ordonnance.
⇒ Si le psychiatre veut garder le patient à l'hôpital, **un 2^e psychiatre doit émettre le même avis dans les 48h.**
⇒ La personne reste alors environ 1 semaine à l'hôpital.

3 Une «garde en établissement ou garde autorisée»
⇒ Suite à la **recommandation des 2 psychiatres**, le tribunal pourra alors indiquer une durée fixe d'une garde autorisée à l'hôpital.

Lettre envoyée au patient en garde en établissement

(NOM DE LA PERSONNE SOUS GARDE)

Vous avez été mis sous garde en vertu d'une décision du tribunal prise à la suite de deux rapports d'examen psychiatrique. Vous avez des droits en vertu de la loi:

1. Vous avez le droit d'être transféré auprès d'un autre établissement, si votre médecin traitant est d'avis que cela ne présente pas un risque sérieux et immédiat pour vous ou pour autrui et que l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent.
2. Vous pouvez exiger que l'on mette fin à votre garde sans délai si un rapport d'examen psychiatrique confirmant la nécessité de maintenir votre garde n'a pas été produit dans les 21 jours de la décision du tribunal et, par la suite, au moins une fois tous les trois mois. À cet égard, dans votre cas, la décision du tribunal a été rendue le et des rapports d'examen psychiatrique ont été produits aux dates suivantes:

.....

(DATES DES RAPPORTS D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE PRODUITS).

3. Vous devez vous soumettre aux examens psychiatriques visés au paragraphe 2. Cependant, **vous pouvez catégoriquement refuser tout autre examen, soin ou traitement.** Dans ce cas, l'établissement et votre médecin devront respecter votre décision, **sauf si ces examens et traitements ont été ordonnés par un juge ou s'il s'agit d'un cas d'urgence ou de soins d'hygiène.**
4. Même si vous êtes sous garde, vous pouvez communiquer, en toute confidentialité, oralement ou par écrit, avec toute personne de votre choix. Cependant, il est possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes ou d'apporter certaines restrictions à vos communications. Dans ce cas, l'interdiction ou la restriction ne peut qu'être temporaire et la décision du médecin doit vous être transmise par écrit et faire état des motifs sur lesquels elle est fondée. Votre médecin ne peut cependant vous empêcher de communiquer avec votre représentant, la personne autorisée à consentir à vos soins, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.
5. Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec le maintien de votre garde ou lorsque vous n'êtes pas satisfait d'une décision prise à votre égard, vous pouvez soumettre votre cas au Tribunal administratif du Québec.



Consentement général (section A)

- Doit être signé dès l'admission du patient
- Pour tous les patients

FORMULE DE CONSENTEMENT (section A)

1. consentement général
2. divulgation du résumé de l'hospitalisation
3. consentement à la sismothérapie
4. refus d'un examen ou traitement spécifique
5. départ sans autorisation

1. CONSENTEMENT GÉNÉRAL

Je consens à être traité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal, par mon médecin traitant et l'équipe des professionnels oeuvrant en interdisciplinarité, ainsi que par les médecins en formation et les étudiants encadrés par le personnel professionnel de l'hôpital dûment mandaté à cette fin, et ce, en vue de l'enseignement et de la formation des étudiants concernés. Dans ce contexte, il est donc probable que certains d'entre eux participent aux soins et aux traitements sous la supervision des médecins traitants de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

J'ai lu le texte ci-dessus et je, _____, reconnais que les soins et les traitements nécessaires qui me seront fournis peuvent être prodigués par les médecins traitants et, sous la supervision de ces derniers, par les résidents ou étudiants en médecine. J'autorise qu'il soit ainsi procédé aux examens et traitements requis et qu'il soit disposé des prélèvements effectués dans le cadre des soins qui me seront prodigués.

Je consens à ce que le personnel de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont obtienne de ma (mes) pharmacie(s), ou de l'établissement qui m'a transféré à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la liste des médicaments qui constituent mes prescriptions actuelles, la façon dont je les prends ainsi que la liste des intolérances ou allergies déjà documentées à mon dossier.

De plus, j'autorise l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que les médecins traitants ou consultants à fournir au Ministère de la santé et des services sociaux et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation. Les renseignements transmis sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

a m j Date	_____	_____
	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
a m j Date	_____	_____
	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

2. DIVULGATION DU RÉSUMÉ DE L'HOSPITALISATION

Je, _____, autorise l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à transmettre un résumé de cette hospitalisation :

à mon médecin : Nom du médecin : _____
Nom et adresse de la clinique : _____

à l'établissement m'ayant référé : _____

a m j Date	_____	_____
	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
a m j Date	_____	_____
	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

3. CONSENTEMENT À LA SISMOTHÉRAPIE

Je, _____, consens au traitement de sismothérapie (électrochoc). Le nombre de traitements de sismothérapie (électrochoc) autorisé, le cas échéant, est au nombre de _____ à _____. Je reconnais que la nature et les risques ou effets possibles de ce traitement indiqué ci-dessus m'ont été expliqués par le docteur _____.

Si des traitements additionnels s'avèrent nécessaires, le nombre de traitements de sismothérapie (électrochoc) autorisé, le cas échéant, est au nombre de _____ à _____.

a m j Date	_____	_____
	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
a m j Date	_____	_____
	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
a m j Date	_____	_____
	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué

4. REFUS D'UN EXAMEN ou TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Je, _____, refuse, par la présente, l'examen ou le traitement suivant _____ jugé nécessaire par mon médecin traitant. Je reconnais que la nature et les risques ou effets possibles du refus de cet examen ou traitement, ci-dessus mentionné, m'ont été expliqués par le docteur _____.

a m j Date	_____	_____
	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
a m j Date	_____	_____
	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin à la signature
a m j Date	_____	_____
	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué

5. DÉPART SANS AUTORISATION

Je, _____, déclare quitter l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de mon plein gré, et je déclare un refus de traitement, à ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'hôpital, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

a m j Date	_____	_____
	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
a m j Date	_____	_____
	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

Pour les soins médicaux et de routine qui ne présentent aucun risque important, l'obligation d'obtenir un consentement incombe à l'établissement.



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec	N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
	Nom, Prénom :		
	Nom de la mère :		
	Adresse :		
	Téléphone :		
NAM :		Expiration :	

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (SECTION B)

- Section B**
6. Consentement à une intervention chirurgicale
 7. Consentement à l'anesthésie
 8. Consentement à des examens ou traitements
 9. Consentement à une intervention chirurgicale stérilisante
 10. Consentement à un prélèvement sanguin lors d'exposition accidentelle

6. CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Je, _____, consens par la présente à subir la ou les interventions chirurgicales suivantes : _____ qui seront pratiquées par le docteur _____ et ses représentants (résidents) sous sa supervision. En cas d'une situation d'urgence, je consens à ce qu'un autre médecin de l'hôpital ayant les mêmes privilèges que le médecin ci-haut mentionné, procède aux interventions chirurgicales ci-dessus.

Je consens aux interventions chirurgicales supplémentaires ou différentes qui pourraient se révéler immédiatement nécessaires selon l'avis du médecin. La nature de ces actes, les résultats qu'on en espère, les risques significatifs qu'ils comportent et les solutions de remplacement possible m'ont été expliqués. Je reconnais avoir été informé de la nature et des effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus. Je suis satisfait des explications qu'on m'a données et je les ai comprises. J'autorise l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à disposer des tissus ou organes prélevés.

Je consens également à ce que le personnel de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont obtienne de ma (mes) pharmacie (s), ou de l'établissement qui m'a transféré à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la liste des médicaments qui constituent mes prescriptions actuelles, la façon dont je les prends ainsi que la liste des intolérances ou allergies déjà documentées à mon dossier.

De plus, j'autorise l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que les médecins traitants ou consultants à fournir au Ministère de la santé et des services sociaux et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation. Les renseignements transmis sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué

7. CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je, _____, autorise le docteur _____ et ses représentants (résidents) sous sa supervision ou un autre médecin de l'hôpital ayant les mêmes privilèges en anesthésie à m'administrer une anesthésie _____ ou l'anesthésie la plus acceptable selon les explications fournies.

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques possibles de l'anesthésie. Je suis satisfait des explications qu'on m'a données et je les ai comprises.

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
-------------------	--	--

Nom du patient :		N° dossier :
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué

8. CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS

J'autorise le médecin ou le professionnel, _____, à faire subir les examens ou les traitements suivants : _____

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

J'autorise le médecin ou le professionnel, _____, à faire subir les examens ou les traitements suivants : _____

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

9. CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE

Je, _____, consens par la présente à subir l'intervention chirurgicale stérilisante qui comprend la ou les opérations suivantes : _____

L'intervention sera pratiquée par le docteur _____ et ses représentants (résidents) sous sa supervision.

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus. Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par le docteur _____ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile.

Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilité permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant. Toutefois, j'ai été informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée.

Je consens à toute intervention ou autre traitement non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention et pour lequel il serait alors impossible d'obtenir consentement. J'autorise l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué

10. CONSENTEMENT À UN PRÉLÈVEMENT SANGUIN LORS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE

Si, lors d'une intervention, examen, traitement, procédure, technique invasive ou autre, un contact accidentel avec mon sang, celui de mon nourrisson ou autres liquides organiques puisse mettre à risque un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé, je, _____, consens par la présente à ce qu'un prélèvement sanguin me soit fait à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC). Si la situation se présente, j'en serai informé(e).

Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

Consentement (section B)

-Examen

- Tout examen invasif ou avec agent de contraste

-Chirurgie

-Anesthésie

-Soins Particuliers

- Transfusions
- Prélèvements
- Installation de drain ou cathéter
- Injection de produits de contraste

Pour les actes qui représentent des risques pour la santé, il revient au médecin/ professionnel de la santé d'obtenir le consentement



Conclusion

L'infirmière n'est pas responsable d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient pour les intervention qui ne relèvent pas de sa compétence professionnelle. (OIIQ, 2015)

- Le formulaire de consentement ne démontre pas la démarche entreprise ni la validité du consentement mais vient confirmer que l'utilisateur a accepté ce qui est écrit sur le formulaire
- La signature du formulaire de consentement n'implique pas la responsabilité de l'obtention du consentement.

Références

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal (2017) Cadre de référence pour le consentement aux soins.
- Collège des médecins du Québec & Barreau du Québec. (2018) Le médecin et le consentement aux soins. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>
- Curateur public du Québec. (2002). *Le consentement aux soins*. Repéré à <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>
- Gouvernement du Canada (2014). *Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/guide-depistage-diagnostic-infection-vih.html#app-a>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Charte des droits et libertés de la personne*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Code civil du Québec*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>

Références

- Gouvernement du Québec. (2018). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/l-8,%20r.%209/>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Code de déontologie des médecins*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM
- Gouvernement du Québec (2018). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>
- Gouvernement du Québec (2018). *Loi sur la santé publique*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.2>
- Gouvernement du Québec.(2018). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- KOURI, R. P., ET S. PHILIPSNOOTENS (2003). « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu », *Revue du Barreau*, vol. 63, no 1, p. 1-26.
- Lafleur, M. (2017, September 20). À propos du consentement aux soins. Retrieved from <https://www.oiiq.org/a-propos-du-consentement-aux-soins>
- Létourneau, J. (1970, March 19). Les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier et le consentement aux soins. Retrieved from <https://www.oiiq.org/les-obligations-deontologiques-de-l-infirmiere-et-le-consentement-aux-soins?inheritRedirect=true&redirect=/pratique-professionnelle/deontologie/chroniques-deontologiques>
- Létourneau, J. (n.d.). Le consentement aux soins : Qui peut consentir ? Retrieved from <https://www.oiiq.org/le-consentement-aux-soins-qui-peut-consentir>
- Plante, L. (2018) Psychiatrie Légale (1^{re} partie). Les gardes en établissement. *Perspective infirmière*, 15(3), 38-41.
- Plante, L. (2018). Psychiatrie Légale (2^e partie). Consentement aux soins et consentement substitué: comment le retrouver? *Perspective infirmière*, 15(4), 62-67.