

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

CYSTECTOMIE TOTALE CHEZ LA FEMME (POUR TUMEUR DE VESSIE)

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

OBJECTIF DU TRAITEMENT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie atteinte d'un cancer.

RAPPEL ANATOMIQUE

L'urine secrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. La vessie est le réservoir dans lequel l'urine est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. Cette miction permet l'évacuation de l'urine par le canal de l'urètre. Chez la femme, ce canal est court (environ 4 cm)

et il est entouré des sphincters qui assurent la continence.



— LA MALADIE

Les prélèvements effectués au niveau de votre vessie ont mis en évidence une tumeur.

Les caractéristiques de cette tumeur justifient l'ablation de la vessie.

— EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Il existe d'autres options de prise en charge qui sont discutées par votre urologue et/ou par le comité multidisciplinaire de cancérologie :

↘ **Traitements associés à la chirurgie. Une chimiothérapie par voie intraveineuse peut être proposée**

- avant l'ablation de la vessie, pour faciliter le geste, et /ou améliorer l'efficacité du traitement
- et / ou après la chirurgie.

↘ **Traitements conservateurs**

- Radiothérapie et/ou chimiothérapie seule.
- Cystectomie partielle ou résection large et / ou radiothérapie et /ou chimiothérapie.

Ces traitements ne sont adaptés qu'à certains patients et imposent un suivi régulier. Une cystectomie totale est parfois nécessaire

secondairement.

— PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie atteinte d'un cancer.

— PRÉPARATION SPÉCIFIQUE À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant est adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Indiquez aussi toute allergie.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée préalablement pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Dans le cas de dérivation externe des urines, le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Vous êtes éduquée à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée (stomathérapeute).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

La voie d'abord se fait :

- par une incision abdominale sous ombilicale,
- par coelioscopie, avec ou sans assistance robotique.

L'intervention consiste à enlever toute la vessie, les ganglions adjacents, et dans la grande majorité des cas, elle emporte également l'utérus, la paroi antérieure du vagin et l'urètre.

Pour permettre l'évacuation des urines, il existe plusieurs possibilités :

- Le plus souvent, dérivation externe des urines, en interposant un segment de tube digestif entre les uretères et la peau (intervention de Bricker). L'évacuation des urines se fait dans une poche collectrice collée à la peau sur l'abdomen que vous porterez en permanence.
- Plus rarement :
 - La vessie de remplacement : l'évacuation des urines se fait par l'urètre en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et l'urètre.
 - L'abouchement direct des uretères à la peau (urétérostomie cutanée), ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère.
 - La dérivation des uretères dans le colon avec élimination des urines par l'anus.
 - La dérivation continente des urines à la peau en créant un réservoir intestinal, ce qui impose des sondages intermittents réguliers nuit et jour.

Le choix entre ces différentes techniques dépend de votre état de santé et du type de tumeur. Il fait l'objet d'une discussion pré opératoire avec votre urologue et éventuellement avec l'infirmière stomathérapeute.

Parfois le choix doit être modifié pendant l'intervention selon les constatations per-opératoires.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire réalisée, une ou deux poches sont mises en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, des sondes dans les uretères et une sonde dans la nouvelle vessie sont positionnées, de même qu'un ou plusieurs drains sont placés au niveau de la zone opératoire ; ils permettent de surveiller les écoulements issus du site opératoire.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de cette intervention et vous serez autorisée à vous alimenter progressivement dès la reprise de celui-ci. Pendant cette période, vous êtes nourrie et hydratée par voie intra veineuse. Une sonde sortant par une narine (sonde nasogastrique) peut être mise en place afin de mettre au repos votre estomac.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urinaires est défini par votre chirurgien.

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, des lavages réguliers du réservoir peuvent être nécessaires.

Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention des thromboses veineuses (phlébite) sont mises en place, pouvant faire appel à une mobilisation précoce, une contention des membres inférieurs (bas à varices) et à un traitement anticoagulant. Ces traitements peuvent être poursuivis après votre hospitalisation et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical ou l'appareillage de votre stomie vous sont expliqués pendant votre séjour.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général. Le plus souvent elle est de 15 jours.

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs jours après l'opération. Il définit l'extension de votre maladie et/ou le caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale. Il conditionne le choix d'éventuels traitements complémentaires (chimiothérapie, radiothérapie). Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS, RETOUR À DOMICILE

Après une cystectomie totale, vous êtes porteur d'une dérivation urinaire qui peut être externe (Bricker) ou bien d'une neovessie (vessie construite en intestin). Cette fiche d'information complète donc celle sur la dérivation qui vous a été faite et que l'on vous recommande de lire.

Après une cystectomie, il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans le premier mois suivant l'intervention.

Les ordonnances qui vous ont été remises comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'un anticoagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.

Un courrier a été adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé. La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de votre état physique. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et du suivi après

l'opération.

Une consultation post-opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique de votre vessie et de la prise en charge ultérieure. Un suivi est planifié pour contrôler l'absence de récurrence du cancer, surveiller la fonction rénale, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

↳ Pendant le geste opératoire :

- Saignements pouvant nécessiter une transfusion de sang.

- Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation. L'atteinte de l'intestin peut nécessiter sa mise à la peau transitoirement.
- Arrêt ou modification de l'intervention liés aux constatations locales.

↳ Dans les suites opératoires immédiates

- Saignements secondaires pouvant obliger à une nouvelle opération et/ou une transfusion.
- Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.
- Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.
- Infections plus ou moins sévères :
 - Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
 - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
 - Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux prolongés.
- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, obstruction).
- Ecoulement lymphatique pouvant parfois entraîner une ré-intervention.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle intervention.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion intestinale.
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Eviscération avec la nécessité d'une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

↳ Risques à distance

- Complications digestives :
 - Eventration de la paroi de l'abdomen.
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
- Complications urinaires :
 - Un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretère ou urètre).
 - Dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, de calculs, d'altération du fonctionnement des reins ou de rupture de la néovessie.
- Complications pariétales :
 - Eventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie entraînant des difficultés d'appareillage.
 - Problèmes cutanés autour de la stomie (irritation, calcifications) justifiant des soins locaux et rarement une nouvelle intervention.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle intervention.
- Diarrhée, déficit vitaminique, liés au raccourcissement de votre intestin grêle et nécessitant un traitement prolongé.
- Risques liés au cancer : reprise évolutive justifiant de nouveaux traitements.

↳ Effets secondaires liés à votre dérivation urinaire et effets sexuels

- Si vous êtes porteuse d'une poche externe de recueil des urines, celle-ci peut de temps en temps fuir. Une adaptation du matériel de stomie règle en général le problème facilement.
- Si vous avez eu un remplacement de la vessie, il est rare que vous soyez d'emblée continent. Le jour, les fuites quasi obligatoires au moment de l'ablation de la sonde vont généralement diminuer assez rapidement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut parfois nécessiter des levers réguliers. Pour ces

problèmes de continence, vous pourrez être aidée par une rééducation spécifique.

Inversement, la vidange de ce nouveau réservoir vésical est fréquemment incomplète (par accumulation de mucus), ce qui peut entraîner des infections urinaires, des calculs et peut justifier des sondages intermittents. Parfois ces sondages s'avèrent difficiles à réaliser. Un encadrement spécifique pourra être mis en place pour vous aider.

- Les problèmes qui découlent de la modification de votre image corporelle (problèmes sexuels, dépression...) pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique.
- L'ablation de la partie antérieure du vagin peut entraîner une gêne au moment des rapports sexuels (douleurs, irritation..). Des traitements locaux pourront être proposés pour améliorer votre sexualité.

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, il peut être nécessaire de boire de l'eau alcaline (type eau de vichy) pour compenser l'acidité de l'urine.

Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine, voire de germes intestinaux qui ne justifient pas nécessairement la mise en route d'un traitement antibiotique.

Vous êtes informée par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire. Il a pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire.

La surveillance de la fonction rénale est planifiée.

La reprise de vos activités se fera progressivement en fonction des conseils donnés pendant votre hospitalisation et par votre médecin traitant.

Voici quelques conseils pour les suites post opératoires :

↳ Prévention d'une phlébite et embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvements des membres inférieurs favorisent la stase veineuse. Des douleurs dans une jambe, une sensation de

pesanteur ou une diminution du ballonnement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de coté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre 15.

↳ Cicatrisation

La chirurgie abdominale comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Ces incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge ou chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice, sans urgence, à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée en hospitalisation ou par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous corticoïde). En cas de sensation de craquement profond de la cicatrice ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

↳ Des troubles du transit intestinal

Après chirurgie abdominale, le retour au transit digestif parfaitement normal peut nécessiter quelques semaines. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles
- Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)
- Éviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras.

__ SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

↳ Une fièvre

Une fièvre inexplicquée (> 38°) peut être en rapport avec une infection urinaire, avec l'infection du site opératoire ou avec une autre complication post-opératoire. Il est nécessaire dans ces conditions que vous consultiez votre médecin ou votre urologue qui fera réaliser les examens nécessaires et jugera de l'attitude à adopter.

↳ Un gonflement progressif d'une jambe, une sensation progressive de lourdeur dans l'abdomen (ou le petit bassin)

L'intervention a comporté l'ablation des ganglions du pelvis. Cette interruption du drainage de la lymphe peut être responsable d'un écoulement du liquide lymphatique dans l'abdomen (lymphocèle) et de la compression d'une veine ou d'un autre organe. Vous devez prévenir votre urologue de cette situation pour qu'il entreprenne les explorations adaptées.

↳ Des douleurs abdominales

Vous avez eu une intervention abdominale, il en résulte des adhérences entre différents segments du tube digestif. A une distance plus ou moins proche de l'intervention, ces adhérences peuvent être responsables d'une occlusion intestinale par arrêt brutal du transit digestif. Cela se traduit par des douleurs abdominales, généralement des spasmes, accompagnées d'un arrêt de l'émission de gaz et des selles, parfois précédé d'une diarrhée. Cette situation nécessite que vous consultiez en urgence pour qu'un traitement adapté vous soit prodigué (aspiration de l'estomac et si nécessaire, intervention chirurgicale pour libérer l'intestin).

↳ Des troubles de la sexualité

Votre sexualité est modifiée par l'intervention. Plusieurs éléments y concourent, le traumatisme psychologique lié au cancer et à la présence d'une dérivation urinaire externe, et les fuites urinaires éventuelles dans le cas de néo-vessie. Il est important de vous en entretenir avec votre urologue afin qu'il vous aide pour retrouver une sexualité satisfaisante.

Questions pratiques

▪ Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile vous pouvez prendre une douche mais le bain n'est autorisé qu'à un mois.

▪ Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités sportives est possible progressivement après un mois de repos.

▪ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui peut ne pas être compatible avec la conduite.

▪ Puis-je voyager ?

Sauf avis contraire de votre médecin, les voyages sont possibles à partir du deuxième mois post opératoire.

▪ Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible dès que votre état général le permet. Une prise en charge spécifique pourra être demandée à votre urologue.

Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder : fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, difficultés à uriner, apparition de sang dans les urines, douleurs abdominales, vomissements, blocage des urines avec impression de mauvaise vidange du réservoir.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

➡ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne **Tabac-Info-Service au 3989** ou par internet : **tabac-info-Service.fr**, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **cystectomie totale pour traitement d'une tumeur de vessie.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne