# THÉRAPIE PAR MEMBRANE AMNIOTIQUE

Information au patient et formulaire de consentement

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Clinique : _____ Professionnel traitant : _____

Œil traité : ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Les deux Date du traitement : _____

Raison du traitement / diagnostic : _____

## En quoi consiste le traitement?

La thérapie par membrane amniotique consiste à placer sur la surface de l'œil une membrane spécialement préparée à partir de tissu placentaire humain provenant d'un don. Cette membrane sert à favoriser la guérison de la cornée et de la surface oculaire. Le professionnel de la vue place la membrane sur l'œil et peut utiliser une lentille cornéenne thérapeutique pour aider à la maintenir en place.

## Bienfaits possibles et limites du traitement

Le traitement peut aider à protéger la surface de l'œil, à favoriser la cicatrisation des tissus et à réduire l'inflammation ou l'inconfort. Les résultats varient selon le problème oculaire et la réponse au traitement. Une guérison complète, une amélioration de la vision ou un soulagement des symptômes ne peuvent être garantis. Des médicaments, un traitement supplémentaire ou une autre intervention peuvent être nécessaires.

## Risques et effets secondaires possibles

Comme pour toute intervention oculaire, certains risques existent, notamment :

- Irritation, rougeur, larmoiement, inconfort, sensibilité à la lumière ou vision brouillée temporaires.
- Déplacement, pliage, perte prématurée ou dégradation de la membrane.
- Inflammation, infection, guérison retardée ou incomplète, ou aggravation du problème oculaire initial.
- Cicatrices cornéennes ou changements de la vision qui, dans les cas graves, peuvent être permanents.
- Réactions peu fréquentes aux matériaux ou aux médicaments utilisés pendant le traitement.
- Faible risque résiduel de transmission d'une maladie par le tissu humain donné, malgré les mesures de sélection et de dépistage des donneurs, les analyses et le traitement du tissu.

Votre professionnel traitant peut vous expliquer d'autres risques propres à votre état oculaire.

## Autres options de traitement

Mon professionnel traitant m'a expliqué les autres options raisonnables, y compris la possibilité de ne pas recevoir ce traitement, ainsi que les conséquences possibles de ce choix, selon ma situation.

## À quoi s'attendre et soins après le traitement

La vision peut être brouillée et l'œil peut être irrité pendant un certain temps après la pose. La membrane peut se dégrader ou se dissoudre progressivement pendant la guérison. Suivez les consignes de votre clinique :

- Ne frottez pas l'œil traité et n'essayez pas d'enlever ou de repositionner la membrane ou une lentille cornéenne thérapeutique.
- Utilisez les gouttes et les médicaments prescrits selon les directives reçues.
- Présentez-vous aux rendez-vous de suivi recommandés.
- Communiquez rapidement avec votre clinique si la douleur, la rougeur, les sécrétions, la sensibilité à la lumière ou la vision s'aggravent. Si vous ne pouvez pas joindre la clinique, consultez d'urgence un professionnel de la vue.

# THÉRAPIE PAR MEMBRANE AMNIOTIQUE

Consentement du patient et confirmation du professionnel

## Reconnaissance et consentement du patient

Je comprends que la thérapie par membrane amniotique m'a été recommandée pour mon problème oculaire. Mon professionnel traitant m'a expliqué le but du traitement, ses bienfaits possibles et ses limites, ses principaux risques et effets secondaires ainsi que les autres options raisonnables. Je comprends que les résultats ne sont pas garantis.

Je comprends les renseignements ci-dessus, y compris les consignes de soins de base et les symptômes qui nécessitent une consultation rapide. J'ai pu poser mes questions et j'ai reçu des réponses que je comprends. Je consens volontairement à recevoir la thérapie par membrane amniotique pour l'œil ou les yeux indiqués sur ce formulaire.

Nom du patient ou de la personne autorisée à consentir : _____

Signature : _____ Date : _____

Si une autre personne signe, lien avec le patient / autorité : _____

## Confirmation du professionnel traitant

J'ai expliqué la nature et le but du traitement proposé, les bienfaits attendus, les risques importants, les autres options raisonnables et, selon la situation du patient, les conséquences de ne pas recevoir le traitement. J'ai répondu aux questions du patient ou de la personne autorisée à consentir.

Nom du professionnel traitant : _____

Signature du professionnel : _____ Date : _____

## Notes propres à ce patient (facultatif)

_____

_____

_____

_____

Ce formulaire appuie la discussion sur le consentement éclairé entre le patient et le professionnel traitant, sans la remplacer. Le professionnel doit adapter ses explications et ses consignes écrites aux besoins du patient et à la notice d'utilisation du produit concerné.