NOM: ........................................ PRÉNOM: ..................................

DATE DE NAISSANCE: ....... / ....... / ................

**INFORMATIONS ET CONSENTEMENT**

**CARDIOVERSION ÉLECTRIQUE (traitement électrique des troubles du rythme cardiaque)**

Chère patiente, cher patient,

En raison de vos symptômes et des résultats des examens antérieurs, une cardioversion électrique est indiquée pour traiter votre trouble du rythme cardiaque. Ce traitement a pour but de corriger le trouble du rythme que vous présentez.

**Anticoagulation.** En raison du trouble du rythme cardiaque, il y a un risque de formation de caillots sanguins dans le cœur. Si ces caillots pénètrent dans la circulation sanguine, ils peuvent bloquer une artère et causer une complication grave, comme un accident vasculaire cérébral, entraînant des paralysies permanentes, voire la mort. Pour minimiser ce risque, une anticoagulation est nécessaire avant la cardioversion électrique. Comme alternative (et rarement en complément), une échographie cardiaque par voie transœsophagienne peut être effectuée pour exclure la présence de caillots préexistants (les détails de cet examen vous seront expliqués séparément). Durant et après la cardioversion électrique, une anticoagulation est impérative.

Si votre anticoagulation est réalisée par un anticoagulant direct (Xarelto, Lixiana, Eliquis ou Pradaxa), vous devez avoir pris chaque dose, comme recommandé par votre médecin, y compris le jour de la cardioversion. Si votre anticoagulation est réalisée par Sintrom (ou Marcoumar), vous devez apporter la carte avec vos valeurs INR ou Quick.

**La prise correcte et ininterrompue des anticoagulants avant et après la cardioversion électrique est essentielle pour votre sécurité**. Une prise incorrecte ou interrompue peut entraîner des complications graves, comme la formation de caillots, un accident vasculaire cérébral avec paralysie permanente, voire la mort. Si vous avez oublié une ou plusieurs dose(s), vous devez informer le centre où se fait la cardioversion dès que possible).

**Procédure de traitement.** Pour ce traitement, généralement réalisé en ambulatoire, vous devez être à jeun (c'est-à-dire 6 heures sans manger ni boire). Avant l'intervention, les valeurs sanguines et la coagulation sont vérifiées, ce qui nécessite une prise de sang. Les prothèses dentaires amovibles sont retirées avant l'intervention. Deux électrodes larges sont placées sur votre poitrine. Un court choc électrique est délivré via ces électrodes pour corriger votre trouble du rythme et rétablir le rythme cardiaque normal. Pour éviter toute douleur, une anesthésie de quelques minutes est réalisée.

**Complications possibles**. Bien que le traitement se déroule généralement sans complication, il n'est pas exempt de risques. Outre des irritations temporaires de la peau dues au placement des électrodes, il n'y a généralement pas de conséquences néfastes liées à la cardioversion électrique. Des réactions d'hypersensibilité aux anesthésiques, des incidents anesthésiques, l'apparition d'autres types de troubles du rythme, ou l'éjection de caillots sanguins malgré l'anticoagulation sont des complications rares. Le bénéfice de cette intervention l'emporte largement sur les risques.

**Après la cardioversion électrique** Après le traitement, vous devez rester au lit selon les instructions du médecin. L'anesthésie doit s'estomper complètement avant de manger, boire ou se lever. Le même jour, vous ne devez ni travailler ni conduire de véhicule sur la voie publique. La poursuite correcte de l'anticoagulation est très importante. Consultez votre médecin en cas de questions ou de doutes.

Veuillez nous contacter si vous n'avez pas compris quelque chose ou si vous souhaitez aborder un point qui n'a pas été mentionné dans ce document ou lors de votre entretien avec le médecin.

**Consentement**. Le docteur ................................................ m’a donné des informations complètes. J'ai compris les explications et j'ai pu poser toutes mes questions. Après avoir obtenu des réponses complètes, j'accepte de procéder au traitement proposé. J'accepte également les interventions supplémentaires si nécessaire.

Je déclare avoir pris les médicaments anticoagulants comme indiqué sur la page 1 de ce document, sans interruption, durant les trois semaines précédant la cardioversion électrique. J'ai compris qu'une prise incorrecte ou interrompue de ces médicaments pourrait entraîner de graves dommages pour ma santé.

Lieu et date: .........................................

Signature du/de la patient(e): ..............................

Signature du médecin: ..............................

Je consens à la collecte et à l'analyse des données scientifiques de mon traitement sous forme anonyme. Si nécessaire, les données peuvent être consultées pour des raisons de qualité. Vous avez le droit d'accéder à vos données archivées à tout moment. Vous pouvez retirer ce consentement sans motif à tout moment sans subir de conséquences. Dans ce cas, toutes vos données seront effacées définitivement.

Lieu et date: ..................................................

Signature du/de la patient(e): ..............................