



MOCLI60831

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT INSERTION-RETRAIT IMPLANT CONTRACEPTIF ÉTONOGESTREL (ENG)

☐ INSERTION

J'ai reçu l'information concernant l'insertion, l'utilisation, les avantages, les effets secondaires et les risques de l'implant contraceptif :

Inscrire la marque

Je comprends que l'insertion de l'implant contraceptif peut entraîner les complications sérieuses suivantes, qui demeurent très rares (1 % des insertions) :

1. **Non-insertion de l'implant** : qui peut conduire à une grossesse non planifiée en raison de l'absence de contraception.
2. **Réaction allergique** : à une composante de l'implant (la plus probable étant le baryum).
3. **Infection localisée** : qui peut avoir un effet systémique.
4. **Migration de l'implant** : dans les tissus mous, dans un vaisseau sanguin d'un membre supérieur, de l'aisselle, du cou, de la paroi thoracique ou des poumons.
5. **Lésion vasculaire** : en raison d'insertion profonde dans un vaisseau sanguin du bras.
6. **Lésion neurologique** : en raison de l'atteinte d'un nerf du bras.

Il peut aussi y avoir des effets indésirables, comme une ecchymose et de la douleur au niveau du site d'insertion.

Je comprends que les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 25 kg/m² ont un risque plus élevé d'insertion profonde de l'implant à l'ENG et de complications sérieuses potentielles (retrait difficile, migration, neuropathie).

Je comprends également que seul un(e) professionnel(le) de la santé formé(e) et habilité(e) à le faire peut insérer ou retirer l'implant contraceptif.

J'ai pris connaissance des risques et des conseils usuels à suivre après l'insertion de l'implant contraceptif (on m'a remis un document explicatif à ce sujet) et ma professionnelle ou mon professionnel de la santé a répondu à toutes mes questions.

Je consens aussi à l'utilisation de l'anesthésie locale suivante : _____

Je reconnais avoir été informé(e) de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Signature de l'utilisateur(ère) : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Signature de la ou du professionnel(le) de santé : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

☐ RETRAIT

J'ai reçu l'information concernant le retrait de l'implant contraceptif à l'ENG et les risques qui y sont associés. Je comprends que le retrait de l'implant contraceptif peut entraîner les complications sérieuses suivantes, qui demeurent très rares (1 à 5 % des retraits) :

1. Un retrait difficile.
2. Une infection localisée (qui peut avoir un effet systémique).
3. Une lésion neurologique (en raison de l'atteinte d'un nerf d'un bras).

Il peut y avoir aussi des effets indésirables, comme une ecchymose, un léger saignement et de la douleur au niveau du site de retrait.

Je comprends que les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 25 kg/m² ont un risque plus élevé d'insertion profonde de l'implant et, par conséquent, de complications sérieuses lors du retrait de ce dernier.

Je comprends également que seul un(e) professionnel(le) de la santé formé(e) au retrait d'implant contraceptif et habilité(e) à le faire peut retirer ce dernier.

J'ai pris connaissance des conseils usuels à suivre après le retrait de l'implant contraceptif et ma professionnelle ou mon professionnel de la santé a répondu à toutes mes questions.

Je consens aussi à l'utilisation de l'anesthésie locale suivante : _____

Je reconnais avoir été informé(e) de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Signature de l'utilisateur(ère) : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Signature de la ou du professionnel(le) de santé : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj