

CONSENTEMENT À L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF À L'ÉTONOGESTREL (ENG)

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.

Signature de la personne : _____

Date : ____/____/____
Année / mois / jour

Signature de la ou du
professionnel(le) de santé : _____

Date : ____/____/____
Année / mois / jour