



CONSENTEMENT ECLAIRE

Traitement par injection ou Injection intraveineuse de substances nutritionnelles/antioxydantes

1. Identification du/de la patient(e)

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

2. Médecin responsable

Nom et prénom du médecin : Dr Koral Estelle

Titre / Spécialité : Dr en Radiologie et Psychosomatique et Psychosociale

Adresse du cabinet : Route des Combes 2, 1971 Grimsuat (VS)

3. Description de l'acte médical proposé

Il m'a été proposé la réalisation d'une **injection ou perfusions intraveineuse (IV)** de substances nutritionnelles et/ou antioxydantes, seules ou en association, selon l'indication médicale posée.

- ☐ Vitamine C (acide ascorbique)
- ☐ Vitamines du groupe B
- ☐ Coenzyme Q10
- ☐ Acide alpha-lipoïque
- ☐ Glutathion
- ☒ Resvératrol

L'administration se fait par **voie IV lente ou en perfusion**, sous surveillance infirmière directe et médicale.

4. Objectif du traitement

Selon ma situation clinique individuelle, ces traitements peuvent viser :

- Soutien métabolique et mitochondrial
- Réduction du stress oxydatif
- Soutien du système immunitaire

- Amélioration de l'état général, de la fatigue ou de la récupération
- Approche complémentaire dans certaines pathologies chroniques

Il m'a été précisé que l'objectif est **un accompagnement médical**, sans garantie de résultat.

Il m'a été indiqué qu'une information écrite est également à ma disposition sur le site www.ballkomed.ch pour plus de renseignement.

5. Caractère non standard / limites scientifiques

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- Certaines de ces perfusions **ne font pas partie des traitements standards** reconnus par les directives médicales internationales pour certaines indications
- Elles peuvent relever d'une **approche de médecine complémentaire ou intégrative**
- Les **données scientifiques** peuvent être **variables, incomplètes ou en cours d'évaluation** selon la substance et l'indication
- Aucune **promesse de bénéfice ni de guérison ne peut être faite**

6. Bénéfices potentiels attendus

Les bénéfices potentiels m'ont été expliqués oralement par le médecin, sans promesse de résultat, et peuvent inclure une amélioration subjective ou objective de certains symptômes.

7. Risques et effets indésirables possibles

Comme pour tout acte médical, des risques existent, notamment :

Liés à la voie intraveineuse :

- Douleur locale, hématome, inflammation au point d'injection
- Infection locale ou systémique (rare)
- Extravasation c'est-à-dire diffusion en dehors de la veine (rare)

Liés aux substances injectées :

- Réactions allergiques ou d'hypersensibilité (rares mais possibles)
- Nausées, céphalées, vertiges
- Sensation de chaleur, hypotension transitoire
- Troubles électrolytiques (notamment avec la vitamine C à forte dose)
- Risque spécifique en cas de déficit en G6PD (vitamine C IV)

Il m'a été précisé que des mesures de surveillance et de prise en charge sont prévues en cas d'effet indésirable.

8. Information spécifique – Vitamine C intraveineuse à haute dose

8.1 Définition

On entend par vitamine C intraveineuse à haute dose l'administration d'une dose :

- ➡ égale ou supérieure à 7,5 grammes par perfusion

Ces doses dépassent les apports nutritionnels habituels et correspondent à une utilisation pharmacologique de la vitamine C.

8.2 Particularités et objectifs

Il m'a été expliqué que :

- La voie intraveineuse permet d'atteindre des concentrations sanguines impossibles par voie orale
- À haute dose, la vitamine C peut avoir des effets biologiques différents, parfois pro-oxydants transitoires (inexistant jusqu'à 12g)
- Cette approche est utilisée dans un cadre complémentaire, sans validation standard pour la majorité des indications

8.3 Risques spécifiques de la vitamine C IV à haute dose

En plus des risques généraux, il existe des risques spécifiques, notamment :

- Hémolyse aiguë potentiellement grave en cas de déficit en G6PD
- Insuffisance rénale aiguë, notamment par formation d'oxalates
- Risque accru en cas de maladie rénale préexistante ou de déshydratation
- Déséquilibres électrolytiques
- Céphalées, nausées, hypotension transitoire
- Douleur ou irritation veineuse

8.4 Contre-indications principales

La vitamine C IV à haute dose est contre-indiquée ou utilisée avec prudence en cas de :

- Déficit connu ou suspecté en G6PD
- Insuffisance rénale modérée à sévère (clearance inférieure à 60ml/min)
- Antécédents de calculs rénaux oxalocalciques
- Surcharge en fer (hémochromatose)
- Grossesse ou allaitement (sauf indication médicale spécifique)

9. Contre-indications et informations personnelles

Je déclare avoir informé le médecin de manière complète et sincère concernant :

- Mes maladies connues
- Mes traitements en cours
- Mes allergies
- Une éventuelle grossesse ou allaitement
- Tout déficit enzymatique connu (ex. G6PD)
- Mes antécédents rénaux ou cardiovasculaires

10. Alternatives thérapeutiques

Des alternatives thérapeutiques m'ont été expliquées, y compris l'absence de traitement ou d'autres approches conventionnelles ou complémentaires.

10 bis. Paragraphe spécifique selon le profil du/de la patient(e)

☐ **Profil oncologique**

Ces perfusions s'inscrivent dans un cadre **d'accompagnement médical complémentaire** chez une personne atteinte d'une maladie oncologique.

Il m'a été clairement expliqué que ces perfusions **ne constituent pas un traitement anticancéreux, ne remplacent en aucun cas** les traitements oncologiques conventionnels (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie) et **n'ont pas démontré d'effet curatif sur le cancer**.

Je reconnais que leur utilisation repose sur des **données scientifiques limitées ou hétérogènes** et qu'aucune promesse de bénéfice sur l'évolution de la maladie ne m'a été faite.

Je confirme qu'aucune incitation à interrompre ou retarder un traitement oncologique valide ne m'a été proposée.

☐ **Profil maladie chronique**

Ces perfusions s'inscrivent dans une **prise en charge globale** de symptômes chroniques (tels que **fatigue persistante, douleurs, troubles fonctionnels ou inflammatoires, Covid Long, Lyme etc**), lorsque les traitements conventionnels sont partiellement efficaces ou insuffisants.

Il m'a été expliqué que l'évolution des maladies chroniques est souvent **variable**, que l'effet attendu peut être **progressif, partiel ou absent**, et que la réponse est **individuelle**.

La poursuite ou l'arrêt de ces perfusions dépendra de l'évolution clinique, de la tolérance et d'une **réévaluation médicale régulière**, sans garantie d'amélioration durable.

☐ Profil sportif / performance

Ces perfusions peuvent viser un **soutien de la récupération**, une correction de déficits identifiés ou un accompagnement lors de périodes d'effort physique intense.

Il m'a été clairement précisé que ces perfusions **ne garantissent aucune amélioration des performances sportives**, ni de résultats compétitifs, et qu'elles ne se substituent pas à l'entraînement, à la récupération ou à une nutrition adaptée.

Il m'a également été précisé que les substances administrées **ne sont pas considérées comme dopantes**, mais que le respect des règlements sportifs en vigueur relève de ma responsabilité personnelle.

11. Droit de retrait

Je reconnais que :

- J'ai le droit de **refuser ou interrompre ce traitement à tout moment**
- Ce refus ou retrait n'entraînera **aucune conséquence négative** sur la qualité de ma prise en charge médicale future

12. Consentement

Après avoir reçu une information orale claire, loyale et compréhensible, et après avoir pu poser toutes les questions souhaitées :

- ☐ Je déclare **avoir compris** les informations fournies
- ☐ Je déclare **accepter librement** la réalisation de l'injection intraveineuse telle que décrite
- ☐ Je donne mon **consentement éclairé**

13. Signatures

Fait à :

Date :

Signature du/de la patient(e) :

Signature du médecin :

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »