

Suivi			Livret .....	Initial	Heure de rendez-vous	Time	Initial
Date	Code	Initial	Tempra/Tylenol	Initial	Heure d'arrivée	Time	Initial
Courtoisie			Docteur.....	Name	Montant ..	Amt.	Initial
Instructions			Crème anesthésiante...	Initial	Complété	Time	Initial

Dr. Neil Pollock, MD – Dr. Andrew Steinberg, MD – Dr. Armand Zini, MD

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA CIRCONCISION DES BÉBÉS

### RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

DATE D'INSCRIPTION :

DATE DE CHIRURGIE

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE (année / mois / jour) :

POIDS :

NAM (numéro d'assurance maladie) :

DATE D'EXPIRATION (année / mois)

### RENSEIGNEMENT SUR LES PARENTS

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE :

DATE DE NAISSANCE (année / mois / jour) :

NAM (numéro d'assurance maladie) EXPIRATION:

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE :

DATE DE NAISSANCE (année / mois / jour) :

NAM (numéro d'assurance maladie) EXPIRATION:

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

CONTACT PRÉFÉRÉ (si différent) :

COURRIEL :

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

OUI NON

Votre fils a-t-il eu des problèmes médicaux, des problèmes de saignement ou

pertes de sang depuis sa naissance? .....

Est-ce que votre famille a des antécédents de problèmes de saignement ? .....

Votre fils souffre-t-il d'hypertension artérielle ou d'un faible taux d'hémoglobine? .....

Si oui, décrivez-les s'il-vous-plaît \_\_\_\_\_

Depuis la naissance, est-ce que l'enfant et/ou la mère ont eu des problèmes de santé importants?.....

Si oui, décrivez-les s'il-vous-plaît \_\_\_\_\_

Veillez indiquer les médicaments que vous donnez à votre fils :

MÉDICAMENT :

DOSE :

MÉDICAMENT :

DOSE :

MÉDICAMENT :

DOSE :

MÉDICAMENT :

DOSE :

**RÉFÉRENCES MÉDICALES** – SVP, veuillez entrer le plus d’information possible – merci

MÉDECIN DE FAMILLE :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
MÉDECIN TRAITANT :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ RÉFÉRENT :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
OBSTÉTRICIEN (hôpital/clinique) :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
VOTRE OBSTÉTRICIEN :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
SAGE-FEMME :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :
COURS PRÉNATAL :	ADRESSE :	TÉLÉPHONE :

**CONSENTEMENT À LA CIRCONCISION**

- Nous avons soigneusement évalué les risques et les avantages de cette procédure, et nous les avons discutés avec notre médecin de famille ou avec d’autres professionnels de la santé avant de procéder avec la circoncision.
- Nous comprenons que selon le *manuel de la circoncision chez l’enfant mâle* rédigé par le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique en juin 2004, le consensus médical actuel révèle que la circoncision chez le bébé de sexe masculin n'est pas une pratique thérapeutique recommandée.
- Nous convenons qu’en signant ce formulaire à titre de parents, nous rendons un consentement par procuration pour notre enfant aux fins d’une procédure médicale non thérapeutique.
- Nous avons été informés que dans la mesure où les deux parents ne peuvent être présents le jour de la circoncision, un consentement écrit clair et signé par le parent absent est exigé par la clinique.
- Nous comprenons que la circoncision peut entraîner certaines complications, leurs fréquences variant selon les compétences et l’expérience de nos médecins spécialistes. Elles sont toutefois rares à notre clinique.

Les complications qui pourraient survenir après la circoncision :

- Saignement postopératoire abondant (1 cas/400 pour les nourrissons de moins de deux mois et 1 cas/100 chez les bébés de plus de deux mois)
  - Phimosi ou rétrécissement de l’ouverture de la peau de la verge qui recouvre le bout du pénis (1 cas/500).
  - Pénis enfoui ou captif dans l’abdomen (1 cas/800)
  - Infection exigeant des antibiotiques (1 cas/1000)
  - Sténose du méat urétral (1 cas/1000) (rétrécissement de l’urètre)
  - Résultat cosmétique sous-optimal (1 cas /500)
  - Traumatisme du bout du pénis (aucun cas répertorié)
  - Lésion de l’urètre - Fistule cutanée de l’urètre (1 cas /1000)
  - Complications plus graves, y compris le décès du patient (aucun cas répertorié)
- Nous pourrions avoir à retenir notre fils durant l’intervention.
  - Au cours des sept derniers jours, nous n’avons donné à notre fils aucun anti-inflammatoire ou toute autre médication pouvant avoir une incidence sur la fluidité sanguine et provoquer des saignements abondant (Exemples : Advil, Ibuprofen, Aspirine, Motrin etc.)
  - Nous savons que nous aurons à revenir en clinique après la circoncision pour assurer un suivi au dossier de notre enfant.

SIGNATURE DE LA MÈRE :	DATE :
SIGNATURE DU PÈRE :	DATE :
SIGNATURE DU TÉMOIN :	DATE :