

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  
Dr. Mohamed Slim

## FORMULAIRE CIRCONCISION POUR ENFANT

### RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (année / mois / jour) : \_\_\_\_\_ ÂGE \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ CONTACT PRÉFÉRÉ (si différent): \_\_\_\_\_

NOM DE CONTACT EN CAS D'URGENCE: \_\_\_\_\_

DATE D'INSCRIPTION \_\_\_\_\_ DATE E CHIRURGIE \_\_\_\_\_

PRÉNOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

POIDS: \_\_\_\_\_ NAM (numéro d'assurance maladie): \_\_\_\_\_ EXPIRATION (année / mois) : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

### 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 : \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE MÉDICAL

	Oui	Non
Est-ce que l'enfant fait des contusions ou des bleus facilement ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'enfant souffre de fréquents saignements de nez, résultant d'un léger choc ou sans choc du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'enfant souffre de saignements anormaux ou prolongé après un traitement dentaire ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis sa naissance, l'enfant éprouve-t-il des problèmes en rapport avec des saignements/perte de sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre famille a des antécédents de problèmes de saignement ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'enfant souffre d'un problème de pression artérielle ou hémoglobine ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que la mère ou l'enfant souffre d'un autre problème de santé important ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, décrivez: \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant s'est déjà évanoui après une injection ou un traitement médical ?.....

Si oui, décrivez: \_\_\_\_\_

Veuillez inscrire toute médication que vous donnez actuellement à votre enfant : (nom/dose)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RÉFÉRENCES MÉDICALES

MÉDECIN DE FAMILLE \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

MÉDECIN PÉDIATRE (si différent) \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT de 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 possibles :

- Saignement significatif postopératoire (1/100)
- Phimosis ou le rétrécissement du prépuce qui empêche de décalotter le gland de la verge (1/500)
- Pénis enfoui ou captif dans l'abdomen (1/800)
- Infection nécessitant des antibiotiques (1/1000)
- Sténose du méat urétral ou rétrécissement de l'urètre (1/1000)
- Résultat esthétique non optimal (1/500)
- Traumatisme à la tête du pénis (jamais parmi nos médecins)
- Blessure à l'urètre incluant la *fistule cutanée urétrale* (1/1000)
- Des complications plus graves, incluant la mort (jamais parmi nos médecins)

- Nous comprenons qu'en cas de besoin, le médecin pourrait avoir recours à certaines (ou toutes) des techniques suivantes pour contenir le saignement.

- Pansements compressifs
- Cautérisation bipolaire
- Colle à peau
- Suture

- Je confirme ne pas avoir absorbé de médicament anti-inflammatoire ou de médicament qui éclaircit le sang au cours des 7 derniers jours. Exemples : ADVIL, IBUPROFEN, ASPIRIN, MOTRIN

- Nous pourrions avoir à retenir notre fils durant l'intervention.

- 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 :