

Suivi			Livret	Initial	Heure de rendez-vous	Time	Initial
Date	Code	Initial	Temptra/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, MD

FORMULAIRE CIRCONCISION POUR ADULTES

INFORMATION du PATIENT

NOM DE FAMILLE:

DATE DE NAISSANCE (année /mois /jour) :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : CONTACT PRÉFÉRÉ (si différent):

NOM DE CONTACT EN CAS D'URGENCE:

DATE D'INSCRIPTION

DATE DE CHIRURGIE

PRÉNOM :

NAM (numéro d'assurance maladie) : DATE D'EXPIRATION (année /mois)

VILLE :

CODE POSTAL:

COURRIEL :

TÉLÉPHONE :

ÂGE: POIDS:

HISTORIQUE MÉDICAL

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Faites-vous des contusions ou des bleus facilement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des saignements de nez, résultant d'un léger choc ou sans choc du tout ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu des saignements anormaux ou prolongé après un traitement dentaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis la naissance, avez-vous eu des problèmes En rapport avec des saignements ou 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"/> |
| Avez-vous des raisons de croire que votre pression artérielle puisse être trop basse
ou votre taux d'hémoglobine trop bas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes-vous déjà évanoui après une injection ou un traitement médical ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, décrivez: _____

Veillez inscrire toute médication que vous prenez actuellement: (nom/dose)

RÉFÉRENCES MÉDICALES:

MÉDECIN DE FAMILLE

ADRESSE/TÉLÉPHONE

MÉDECIN RÉFÉRANT (si différent)

ADRESSE/TÉLÉPHONE

CONSENTEMENT de la CIRCONCISION

- J'ai soigneusement évalué les risques et avantages de cette procédure, j'en ai discuté avec mon médecin de famille ou autre professionnel avant de consulter les urologues de la Clinique Circoncision Montréal.
- Je comprends que très peu de médecins offre le procédé utilisé par Circoncision Montréal sous anesthésie locale. Les médecins de la clinique nous ont expliqué clairement les particularités de cette nouvelle approche.
- J'accorde mon consentement à ce que les médecins de Circoncision Montréal performe une chirurgie de la circoncision sur ma personne
- Je comprends 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)
 - Infection nécessitant des antibiotiques (1/1000)
 - Résultat esthétique non optimal (1/500)
 - Douleurs/resserrement le long de l'incision cicatrisée pendant une érection et/ou des rapports sexuels (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)
-
- Je comprends qu'en cas de besoin, le médecin pourrait avoir recours à certaines (ou toutes) des techniques suivantes pour contenir le saignement.
 - Pansements compressifs
 - Colle à peau
 - Cautérisation bipolaire
 - 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

SIGNATURE DU PATIENT

DATE