

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, 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 _____

PRÉNOM : _____

NAM (numéro d'assurance maladie) : _____

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: _____

Veuillez 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 de circoncision du Dr. Pollock 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 le Dr. Pollock / Dr. Steinberg / Dr. Zini ou Dr. Mohamed Slim performe une chirurgie de la circoncision sur ma personne.
- Je comprends que la circoncision est une procédure médicale non thérapeutique.
En signant ce formulaire, je consens à cette procédure.
- Je comprends que des complications peuvent survenir après la circoncision. La fréquence de ces complications varie selon les compétences et l'expérience du médecin mais cette fréquence demeure néanmoins très rare pour les Dr. Pollock / Dr. Steinberg / Dr. Zini / Dr. Mohamed Slim.

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