

VASECTOMIE SANS BISTOURI

NOM COMPLET		DATE (MM/JJ/AAAA)	
ADRESSE		VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE DOMICILE	CELLULAIRE	TRAVAIL	COURRIEL
ÊTES-VOUS RÉFÉRÉ PAR UN MÉDECIN ?			
Non Oui Si oui, lequel ?			
OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE DR PIERRE BOUCHER ?			
Médecin Internet Collègue Autre			
QUEL TRAVAIL EFFECTUEZ-VOUS ?			
STATUT CIVIL		NOMBRE D'ANNÉE EN COUPLE	ÂGE DE VOTRE CONJOINTE
Célibataire Marié/Conjoint de fait			
CONTRACEPTION UTILISÉ ?			
Aucun Pillule Stérilet Condom Autre			
NOMBRE D'ENFANT(S)	ÂGE DES ENFANTS		
SANTÉ DES ENFANTS			
SANTÉ OU CAUSE DE DÉCÈS DE VOS PARENTS			
Père			
Mère			
CONSOMMEZ-VOUS DE L'ALCOOL ?		CONSOMMEZ-VOUS DES DROGUES ?	FUMEZ-VOUS ?
Non Oui		Non Oui	Non Oui
AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITSS) ?			
Non Oui Si oui, laquelle ?			
AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE COAGULATION SANGUINE ? SAIGNEMENTS EXCESSIFS ?			
Non Oui Si oui, laquelle ?			
AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES D'ÉRECTION ?			
Non Oui			

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?

Non Oui Si oui, laquelle ?

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?

Non Oui Si oui, le(s)quel(s) ?

DÉSIREZ-VOUS D'AUTRES ENFANTS ?

Non Oui

COMPRENEZ-VOUS LA NON-RÉVERSIBILITÉ DE LA CHIRURGIE?

Non Oui

DEPUIS QUAND LA DÉCISION EST-ELLE PRISE ?**AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES DOULEURS AU NIVEAU DU SCROTUM OU DES TESTICULES ?**

Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ PERDU CONSCIENCE LORS D'INJECTION OU PRISE DE SANG ?

Non Oui

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX****JE CONFIRME AVOIR VISIONNÉ LE VIDÉO EXPLICATIF FOURNI PAR LE BUREAU DU DR BOUCHER**

**NOTEZ QUE LA CHIRURGIE SERA CONDITIONNELLE À UN EXAMEN PHYSIQUE, PAR DR BOUCHER, NORMALEMENT FAIT LORS DE LA SÉANCE D'INFORMATIONS.

En cochant cette case, je confirme que ceci représente ma signature électronique

NOM COMPLET

▼ NE PAS REMPLIR, RÉSERVÉ À LA CLINIQUE ▼

Anamnèse	Date :	Examen Physique	Date :
<input type="checkbox"/> Formulaire revu RS _____ Rx _____ ATCD _____ All _____		C _____ P _____ A _____ GÉNITAL Pénis _____ S _____ V Gche _____ Drt _____ T Gche _____ Drt _____	
Diagnostique : Vasectomie à faire <input type="checkbox"/> Autres : _____ Recommandations : À céder <input type="checkbox"/> Autres : _____			
15774 _____	15790 _____	15766 _____	Dr. Pierre Jr Boucher : _____ 92-045

CONSENTEMENT à une CHIRURGIE STÉRILISANTE :

J'autorise le Dr Pierre Boucher à pratiquer une vasectomie. Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de la chirurgie, vasectomie sans bistouri. Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par Dr Pierre Boucher et que l'intervention est faite dans le but de me rendre stérile et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant. J'autorise toute opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement. J'autorise également l'établissement à disposer de mes tissus prélevés.

Date : _____

Signature : _____ Dr. Pierre Jr Boucher : _____ 92-045

Protocole Opératoire

Date :

- *Désinfection de la peau, mise en place du champ stérile _____
- *Anesthésie locale avec Xylocaïne 1% sans épinéphrine au niveau du raphé médian, suivi du bloc du nerf différentiel gauche et droit _____
- *Recherche du canal déférent, immobilisation avec pince de fixation _____
- *Ouverture cutanée sur le raphé médian avec pince de dissection _____
- *Extériorisation du canal déférent suivi de l'hémitranssection du canal, cautérisation thermique de la lumière proximale, section du canal, interposition du fascia et application d'une hémoclip puis excision de 0,5 cm de l'extrémité distale _____
- *Vérification de l'hémostase _____
- *Pertes sanguines minimales _____
- *Même procédure de l'autre côté _____
- *Feuille de conseils remise au patient, spermogramme à faire dans 3 mois _____

Assistante : _____ Dr. Pierre Jr Boucher : _____ 92-045

Consultation Post-Vasectomie

Date :

Douleurs : Non Oui _____

A _____ Peau _____

Pénis _____ V Gche _____ Drt _____

S _____ T Gche _____ Drt _____

Diagnostique : _____

Explications pour le spermogramme : 45 éjaculations en 3 mois ; 3 jours d'abstinence avant le test. Utilisation d'une méthode contraceptive jusqu'à la réception de la lettre de confirmation des résultats du spermogramme.

15774 _____ 15766 _____ Dr. Pierre Jr Boucher : _____ 92-045