

## CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE

Extrait et adapté du formulaire AH-110 DT9059 (rév. 2011-04), MSSS, Québec

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à me faire une vasectomie.

Je reconnais avoir lu et compris l'information mise à ma disposition sur le site Internet *vasectomie.net*. Ainsi, je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de la vasectomie dont les plus fréquents sont les saignements (1%), les infections (1%) et les douleurs prolongées (1%).

Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont aussi été expliquées par le docteur \_\_\_\_\_ ou un de ses collègues de Vasectomie Québec et qu'il a répondu à toutes mes questions.

Je reconnais que la vasectomie est faite dans le but de me rendre stérile. Toutefois, j'ai été informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée.

Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilisation permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant.

J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement. J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Prénom et nom du patient

No dossier

No RAMQ

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

Date

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

Date

\_\_\_\_\_  
Contresignataire\* : nom du médecin

Date

\*Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document