

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.

Je reconnais que des professionnels en formation puissent être appelés à intervenir au cours de l'intervention chirurgicale sous supervision et selon leurs compétences.

J'autorise toute autre 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 Vasectomie Québec à disposer des tissus ou organes prélevés.

Vasectomie Québec conserve mes données cliniques relativement à la vasectomie dans un dossier électronique sécurisé et encrypté. Je consens à ce que ces données puissent servir pour fin de recherche et d'évaluation de la qualité de l'acte médical afin d'améliorer les services de Vasectomie Québec. Le cas échéant, elles ne serviraient qu'à des fins statistiques sans que mon identité ne puisse être révélée.

Prénom et nom du patient _____ adresse (sur 2-3 lignes selon espace)

No dossier _____ adresse

No RAMQ _____ date expiration _____ adresse

Usager, Date _____

Témoin, Date _____

Médecin*, Date _____

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