

## B. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT pour la circoncision

### Général

En tant que patient, vous avez droit à une information complète par rapport à votre maladie et aux traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire comprenant toutes les informations relatives à votre intervention vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien où des informations complémentaires vous seront fournies si besoin en est.

Il doit être rendu dûment complété et signé à une personne de l'équipe médicale avant l'intervention de façon à compléter votre dossier médical.

Le but de cette information n'est pas de vous angoisser, mais bien que vous puissiez prendre une décision quant à l'intervention en toute connaissance de cause.

Je soussigné, .....

né le .....

certifie que, de commun accord avec le docteur ..... au cours de la consultation du .....

il a été décidé qu'une hospitalisation était nécessaire afin d'effectuer une circoncision en date du .....

Le médecin traitant m'a fourni toutes les précisions par rapport à mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé si une intervention n'est pas décidée. Il m'a également informé de l'éventualité de traitements alternatifs avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin traitant m'a exposé clairement les composantes, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec ses inconvénients, ses risques, ses effets secondaires à court et long termes.

La durée de l'intervention/du traitement m'a également été expliquée. J'ai aussi reçu une brochure informative concernant l'intervention/le traitement envisagé.

Le médecin traitant a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants :

- But de l'intervention : traitement d'un phimosis ou pour des motifs religieux, hygiéniques.

- Evénements importants ou fréquents :

- ° Hypersensibilité temporaire du gland
- ° Gêne vague ou sensation d'irritation à la miction

- Occasionnels :

- ° Infection de la plaie devant être traitée avec des antibiotiques
- ° Difficultés à uriner et la vessie ne peut pas se vider complètement

- Rarement :

Douleurs, infection à proximité de l'incision

- Extrêmement rarement :

- ° Problèmes du fait de l'anesthésie ou de problèmes cardiovasculaires nécessitant une hospitalisation en soins intensifs (par exemple pneumonie, embolie pulmonaire, AVC, thrombose veineuse profonde, infarctus du myocarde)
- ° Décès

- Spécifique à mon cas :

- ° ...
- ° ...

Je comprends également que la médecine clinique n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut pas être totalement complète. De même, je comprends qu'il n'y a pas de garantie quant au résultat final de l'intervention.

Le médecin traitant m'a informé du fait que l'équipe médicale peut être dans l'obligation d'élargir l'intervention à des traitements autres qui ne peuvent être prévus mais qui sont d'une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé. Par la présente, je donne donc mon accord au médecin traitant d'effectuer, au cours de l'intervention prévue, tous les gestes opératoires complémentaires nécessaires.

Le médecin traitant m'a laissé l'opportunité de poser toutes mes questions auxquelles il a répondu de façon claire et précise et totalement compréhensible.

Par la présente, je donne mon autorisation d'effectuer l'intervention décrite ci-dessus, aux conditions détaillées ci-dessus.

Je donne mon accord pour procéder avant, pendant, après l'intervention prévue ci-dessus à des enregistrements ou prises de photos qui pourraient plus tardivement servir de base pour une formation médicale ou une publication scientifique.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

Fait le ... à ...

Nom du patient :

Signature du patient :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

Pour de plus amples informations, vous pouvez toujours contacter le service d'urologie ...

N° du secrétariat : ...

E-mail : ...

Ce formulaire de consentement éclairé a été élaboré sous les auspices du groupe de travail "Quality of care" de l'asbl Société belge d'urologie (SBU)/VZW Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), de l'Association professionnelle belge des urologues/Belgische Beroepsvereniging van Urologen (APUB/BBVU), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS) et de l'asbl Belgian Association of Urology (BAU) pour le contenu clinique et du cabinet d'avocats Dewallens & partners BVBA pour le contenu juridique.

Les personnes morales susvisées, leurs représentants ou leurs préposés ne peuvent en aucun cas être tenus responsables des dommages éventuels pouvant résulter, de quelque manière que ce soit, de l'utilisation, du caractère incomplet ou de l'inexactitude de l'information contenue dans les présents documents.

Vous pouvez à tout moment obtenir une copie du présent document sur simple demande.