

Information éclairée sur la mise sous hormones

Changements typiques sous œstrogènes (varie d'une personne à l'autre)

Temps moyen	Effet des œstrogènes
1—3 mois après l'instauration	<ul style="list-style-type: none">• Peau plus douce• Odeurs corporelles• Diminution de la masse musculaire• Augmentation de la masse grasse• Redistribution des graisses (fesses et hanches)• Diminution de la libido• Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées (parfois érections moins fermes ou absence d'érections provoquées)• Diminution de la production de sperme
Changements progressifs (maximum à 1 à 2 ans après l'instauration)	<ul style="list-style-type: none">• Croissance des mamelons et des seins.• Diminution de la pilosité• Ralentissement ou arrêt de la progression d'une calvitie• Diminution de la taille testiculaire

Ce que les hormones ne changent pas

- L'ossature du visage (arcades...)
- La taille
- L'ossature des hanches et des épaules
- Les organes génitaux
- La barbe
- La voix (grain de voix possible mais pas de changement du ton)

Changements typiques après l'instauration d'un traitement anti-testostérone (varie d'une personne à l'autre)

Temps moyen	Effet des bloqueurs de testostérone
1 à 3 mois après l'instauration	<ul style="list-style-type: none">• Diminution du taux de testostérone dans le corps• Diminution de la libido.• Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées. Parfois la difficulté à avoir des érections même en étant stimulée.• Diminution de la production de sperme
Changements progressifs (habituellement au moins 2 ans)	<ul style="list-style-type: none">• Diminution de la pilosité• Diminution ou arrêt de la progression d'une calvitie.• Croissance modérée des seins (réversible dans certains cas seulement)

Formulaire de consentement à la mise sous hormones féminisantes

Cette information éclairée respecte vos droits fondamentaux à l'autodétermination et à l'autonomie corporelle. Le but de ce document est d'indiquer par écrit votre consentement à la mise sous hormones féminisantes au sein de votre processus d'affirmation de genre. Il peut être signé si vous avez plus de 18 ans.

Ce document est relatif aux œstrogènes, à la progestérone ainsi qu'aux traitements bloqueurs de testostérone. Votre médecin a pris la décision après vous avoir consulté de choisir les meilleures hormones respectant votre santé générale d'une part et votre processus d'affirmation de l'autre. Votre médecin va vous parler des informations relatives à l'instauration des hormones. Il va vous être demandé de lire et de comprendre ces informations et de poser toutes les questions en rapport avec votre médecin.

Je soussigné·e _____ déclare avoir lu et compris les informations sur la mise sous hormones féminisantes avec le Dr _____ le ____/____/20____

Cocher les cases pour déclarer avoir pris connaissance des points suivants :
Changements attendus sous hormones féminines

- Changements permanents :
 - Développement des seins et des mamelons
 - Diminution de la taille des testicules
 - Possible infertilité permanente. J'ai été informé de la possibilité de conserver mes gamètes (sperme) au cas où je souhaiterais avoir des enfants. Je peux retarder la mise sous hormones si je souhaite le faire.

- Changements réversibles
 - Peau plus douce, odeurs corporelles moins fortes
 - Diminution de la masse musculaire et augmentation de la masse musculaire
 - Diminution de la libido
 - Moins d'érections matinales
 - Diminution de la possibilité d'avoir ou de maintenir des érections
 - Diminution de la possibilité d'éjaculer. Diminution du volume de sperme
 - Arrêt ou ralentissement de la progression d'une calvitie
 - Diminution de la croissance de la pilosité
 - Amélioration du cholestérol

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormones pouvait avoir les effets suivants :
 - Céphalées
 - Nausées
 - Oedèmes (rétention d'eau)
 - Sensibilité des seins et des mamelons
 - Troubles de l'humeur (pleurs, dépression, anxiété)
 - Fatigue

- Je déclare avoir compris les potentiels effets risques de la mise sous hormones féminines :
 - Caillots, phlébite profonde pouvant aller jusqu'à l'embolie pulmonaire
 - Accident vasculaire cérébral
 - Augmentation de la tension artérielle
 - Lésions du foie (si bicalutamide)
 - Ostéoporose
 - Augmentation potentielle de certains types de cancer (sein)

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormone donne des résultats variables d'une personne à l'autre et qu'il n'est pas possible de prévoir comment mon corps va réagir. Certains effets à long terme ne sont toujours pas connus.
- Je déclare avoir compris que la poursuite du tabac ou de tout produit contenant de la nicotine en même temps que la prise d'œstrogènes augmente le risque de faire des caillots, phlébites profondes pouvant aller jusqu'à l'embolie pulmonaire mortelle.
- J'ai été informé-e que la prise d'hormones féminines ne garantit pas de l'infertilité et qu'une contraception est toujours nécessaire si j'ai des rapports avec une personne pouvant être enceint-e.
- J'ai compris que la mise sous hormones veut dire qu'il va falloir avoir un suivi médical régulier comprenant notamment des prises de sang tout au long de ma vie. Les rendez-vous seront plus fréquents a début, puis tous les 6 à 12 mois une fois que mes dosages hormonaux seront stables. Je suis prêt-e à prendre cet engagement pour ma santé.

Mois	3	6	9	12	15	18	21	24...
Bilan	X	X		X				X

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormones n'est qu'une partie de ma santé globale et qu'une série d'actions de prévention est recommandée pour rester heureux·se et en bonne santé dans mon genre ressenti. Ces actions incluent notamment :
 - Un examen régulier des seins. Je dois consulter si je sens une boule.
 - Une mammographie régulière après explication des avantages et inconvénient.
 - L'arrêt du tabac.
 - Les vaccinations.
 - Un dépistage régulier des IST en fonction de mon niveau de risque.
 - La prévention du VIH en fonction de mon niveau de risque
 - Une activité physique régulière, notamment celles permettant une meilleure résistance des os.
 - Une alimentation équilibrée
- Je peux choisir d'arrêter mon traitement à tout moment. Si je décide d'arrêter il est préférable d'en parler à mon ou ma professionnel·le de santé pour être sûr-e que cela soit fait dans de bonnes conditions.

Nom de la personne Né·e le
(Prénom facultatif)

Date

Signature

_____ / / _____ / / _____

Formulaire de consentement à la mise sous hormones féminisantes

Cette information éclairée respecte vos droits fondamentaux à l'autodétermination et à l'autonomie corporelle. Le but de ce document est d'indiquer par écrit votre consentement à la mise sous hormones féminisantes au sein de votre processus d'affirmation de genre. Il peut être signé si vous avez plus de 18 ans.

Ce document est relatif aux œstrogènes, à la progestérone ainsi qu'aux traitements bloqueurs de testostérone. Votre médecin a pris la décision après vous avoir consulté de choisir les meilleures hormones respectant votre santé générale d'une part et votre processus d'affirmation de l'autre. Votre médecin va vous parler des informations relatives à l'instauration des hormones. Il va vous être demandé de lire et de comprendre ces informations et de poser toutes les questions en rapport avec votre médecin.

Je soussigné-e _____ déclare avoir lu et compris les informations sur la mise sous hormones féminisantes avec le Dr _____ le ____/____/20____

Cocher les cases pour déclarer avoir pris connaissance des points suivants :
Changements attendus sous hormones féminines

- Changements permanents :
 - Développement des seins et des mamelons
 - Diminution de la taille des testicules
 - Possible infertilité permanente. J'ai été informé de la possibilité de conserver mes gamètes (sperme) au cas où je souhaiterais avoir des enfants. Je peux retarder la mise sous hormones si je souhaite le faire.

- Changements réversibles
 - Peau plus douce, odeurs corporelles moins fortes
 - Diminution de la masse musculaire et augmentation de la masse musculaire
 - Diminution de la libido
 - Moins d'érections matinales
 - Diminution de la possibilité d'avoir ou de maintenir des érections
 - Diminution de la possibilité d'éjaculer. Diminution du volume de sperme
 - Arrêt ou ralentissement de la progression d'une calvitie
 - Diminution de la croissance de la pilosité
 - Amélioration du cholestérol

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormones pouvait avoir les effets suivants :
 - Céphalées
 - Nausées
 - Oedèmes (rétention d'eau)
 - Sensibilité des seins et des mamelons
 - Troubles de l'humeur (pleurs, dépression, anxiété)
 - Fatigue

- Je déclare avoir compris les potentiels effets risques de la mise sous hormones féminines :
 - Caillots, phlébite profonde pouvant aller jusqu'à l'embolie pulmonaire
 - Accident vasculaire cérébral
 - Augmentation de la tension artérielle
 - Lésions du foie
 - Ostéoporose
 - Augmentation potentielle de certains types de cancer (sein)

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormone donne des résultats variables d'une personne à l'autre et qu'il n'est pas possible de prévoir comment mon corps va réagir. Certains effets à long terme ne sont toujours pas connus.
- Je déclare avoir compris que la poursuite du tabac ou de tout produit contenant de la nicotine en même temps que la prise d'œstrogènes augmente le risque de faire des caillots, phlébites profondes pouvant aller jusqu'à l'embolie pulmonaire mortelle.
- J'ai été informé-e que la prise d'hormones féminines ne garantit pas de l'infertilité et qu'une contraception est toujours nécessaire si j'ai des rapports avec une personne pouvant être enceint-e.
- J'ai compris que la mise sous hormones veut dire qu'il va falloir avoir un suivi médical régulier comprenant notamment des prises de sang tout au long de ma vie. Les rendez-vous seront plus fréquents a début, puis tous les 6 à 12 mois une fois que mes dosages hormonaux seront stables. Je suis prêt-e à prendre cet engagement pour ma santé.

Mois	3	6	9	12	15	18	21	24...
Bilan	X	X		X				X

- Je déclare avoir compris que la mise sous hormones n'est qu'une partie de ma santé globale et qu'une série d'actions de prévention est recommandée pour rester heureux-se et en bonne santé dans mon genre ressenti. Ces actions incluent notamment :
 - Un examen régulier des seins. Je dois consulter si je sens une boule.
 - Une mammographie régulière après explication des avantages et inconvénient.
 - L'arrêt du tabac.
 - Les vaccinations.
 - Un dépistage régulier des IST en fonction de mon niveau de risque.
 - La prévention du VIH en fonction de mon niveau de risque
 - Une activité physique régulière, notamment celles permettant une meilleure résistance des os.
 - Une alimentation équilibrée
- Je peux choisir d'arrêter mon traitement à tout moment. Si je décide d'arrêter il est préférable d'en parler à mon ou ma professionnel-le de santé pour être sûr-e que cela soit fait dans de bonnes conditions.

Nom de la personne Né-e le
(Prénom facultatif)

Date

Signature

_____ / / _____ / / _____