



## Consentement au don d'organes et / ou de tissus

N° Identification attribué par le RTDV \_\_\_\_\_

Page 2 / 4

### Les dons susmentionnés peuvent aussi servir aux fins précisées ci-dessous:

- Aucune  Enseignement de la médecine  Recherche scientifique

Je comprends que tous les organes, tissus, sang ou fluides donnés ne seront utilisés que pour les études approuvées par le Comité d'éthique de la recherche portant sur le don et la transplantation. La recherche peut également inclure des tissus connectés à l'un des organes ou tissus identifiés ci-dessus et s'étend également aux travaux de recherche futurs, qui pourraient inclure la possibilité d'une étude sur les cellules souches ou la génétique. Je comprends que Santé Ontario, Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV), ne sera pas en mesure de fournir des détails précis sur la façon dont les organes, tissus, sang ou fluides donnés peuvent avoir été utilisés. En plus de toute collecte de sang ou de fluide exigée à des fins de recherche, j'autorise aussi l'équipe de prélèvement à procéder au prélèvement de (Préciser les autres organes/tissus) \_\_\_\_\_

### Les conséquences du transfert m'ont été expliquées et j'autorise, par les présentes, le transfert du corps pour ce qui suit:

- |   |                          |     |                          |     |                          |                                  |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------------------------------|
| • Sélection des donneurs                                    | <input type="checkbox"/> | S.O | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Aucune autorisation de transfert |
| • Prélèvement chirurgical de l'organe ou des organes donnés | <input type="checkbox"/> | S.O | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Aucune autorisation de transfert |
| • Prélèvement chirurgical du tissu ou des tissus donnés     | <input type="checkbox"/> | S.O | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Aucune autorisation de transfert |

Je consens à divulguer tous les renseignements personnels sur la santé contenus dans tout dossier médical du patient qui sont nécessaires pour confirmer l'admissibilité aux fins du don et à ce qu'ils soient transmis entre les personnes et les organismes participant au processus de don, de prélèvement ou de transplantation des organes et des tissus, afin de faciliter ce processus parmi les juridictions. De surcroît, j'accepte que les renseignements personnels sur la santé soient communiqués, s'il y a lieu, pour des raisons de santé et de sécurité aux personnes et/ou organismes participant au don et à la transplantation d'organes et de tissus. J'autorise les analyses de fonctionnement des organes, notamment la bronchoscopie, les échographies, les tomographies par ordinateur, l'angiographie cardiaque ou d'autres examens radiologiques, avec ou sans produits de contraste (colorant). Je consens à l'administration de produits sanguins s'ils sont nécessaires aux fins du don. J'autorise également le prélèvement et l'utilisation du sang et/ou des tissus (y compris de la rate et des ganglions lymphatiques) qui sont requis pour déterminer l'admissibilité médicale des organes ou tissus prélevés ou leur compatibilité, aux fins de transplantation. Je comprends que cela peut inclure, sans toutefois s'y limiter, les tests de dépistage de maladies infectieuses (par ex., VIH, hépatites B et C, et syphilis). Je comprends également que d'autres prélèvements sanguins pourraient être effectués aux fins de futures analyses. J'autorise Santé Ontario (RTDV) ou toute banque de tissus associée à accéder à tous les dossiers et rapports médicaux établis par un médecin conseil, un coroner, un pathologiste ou un médecin de premier recours, et à en divulguer le contenu. J'autorise le personnel de Santé Ontario (RTDV) ou les médecins transplantologues à prendre des photographies d'organes, de tatouages, de nævus ou d'autres tâches ou altérations cutanées, et je consens à la transmission sécurisée de ces images afin de déterminer l'admissibilité médicale. Par ailleurs, je comprends que tous ces renseignements demeureront confidentiels, dans les limites prévues par la loi.

On m'a expliqué le processus de prélèvement d'organes et de tissus. Je sais que les organes et/ou les tissus donnés constituent un cadeau et que personne ne recevra de compensation monétaire ou d'avantage pécuniaire en contrepartie. J'ai eu l'occasion de poser des questions sur la procédure et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. Je comprends cette information et j'accorde mon consentement tel qu'il est indiqué dans le présent formulaire. Il n'y aucune personne liée au patient par un lien de parenté égal ou plus proche qui s'oppose au consentement.



# Consentement au don d'organes et / ou de tissus

N° Identification attribué par le RTDV \_\_\_\_\_

Page 3 / 4

**Consentement verbal/par téléphone. Signature S.O.**  
(LES PARTIES C ET D DOIVENT ÊTRE REMPLIES POUR LE CONSENTEMENT VERBAL OU PAR TÉLÉPHONE)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*SIGNATURE DU DÉCIDEUR SUBSTITUT DU PATIENT* *JOUR MOIS ANNÉE HEURE*

\_\_\_\_\_  
*PRÉNOM DU DÉCIDEUR SUBSTITUT DU PATIENT (EN LETTRES D'IMPRIMERIE)* *NOM DU DÉCIDEUR SUBSTITUT DU PATIENT (EN LETTRES D'IMPRIMERIE)*

## Coordonnées du décideur substitut du patient:

\_\_\_\_\_  
*NUMÉRO D'UNITÉ/D'APPARTEMENT* *RUE*

\_\_\_\_\_  
*VILLE* *PROVINCE* *CODE POSTAL*

\_\_\_\_\_  
*NUMÉRO DE TÉLÉPHONE* *ADRESSE COURRIEL*

## Noms d'autres personnes faisant partie de la hiérarchie du consentement ou nécessaires au processus:

_____ <i>PRÉNOM</i>	_____ <i>NOM DE FAMILLE</i>	_____ <i>LIEN DE PARENTÉ</i>	_____ <i>ADRESSE COURRIEL OU NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</i>	_____ <i>SIGNATURE (FACULTATIF)</i>
_____ <i>PRÉNOM</i>	_____ <i>NOM DE FAMILLE</i>	_____ <i>LIEN DE PARENTÉ</i>	_____ <i>ADRESSE COURRIEL OU NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</i>	_____ <i>SIGNATURE (FACULTATIF)</i>

## **B** Dispositions particulières demandées par le patient, le décideur substitut du patient et/ou le coroner

## **C** À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI CONFIRME LE CONSENTEMENT OU EN EST LE TÉMOIN

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ en ma qualité de \_\_\_\_\_  
*NOM DU TÉMOIN* *RÔLE*

Ai examiné le choix du don d'organes ou de tissus avec le décideur substitut du patient \_\_\_\_\_  
*NOM DU PATIENT*

tel qu'indiqué dans la déclaration de consentement sélectionnée.

J'ai expliqué la nature des procédures et j'ai répondu du mieux que j'ai pu à toutes les questions.

**Si le cas exige l'engagement du coroner:** L'autorisation du coroner sera obtenue afin de procéder avec le don et j'ai expliqué au décideur substitut les implications de cet engagement.



## Consentement au don d'organes et / ou de tissus

N<sup>o</sup> Identification attribué par le RTDV \_\_\_\_\_

Page 4 /4

**Dans le cas où le consentement à la recherche scientifique a été obtenu:** j'ai expliqué au décideur substitut du patient que toute étude scientifique est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche et peut inclure la possibilité d'une recherche sur les cellules souches, et que les renseignements sur la recherche portant sur des organes et/ou des tissus donnés ne seront pas accessibles.

**Dans le cas nécessitant un transfert pour prélèvement et/ou sélection de donneur :** j'ai également obtenu le consentement pour le transfert du patient (ou, après le décès, du corps du donneur) vers l'établissement de tests diagnostiques et/ou l'établissement de prélèvement, et j'ai expliqué les implications du transfert au décideur substitut du patient.

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*SIGNATURE DU TÉMOIN* *JOUR MOIS ANNÉE* *HEURE*

### **D À REMPLIR PAR LE SECOND TÉMOIN POUR LE CONSENTEMENT DONNÉ ORALEMENT OU PAR TÉLÉPHONE**

**Consentement/confirmation  
donné(e) par téléphone**

**Second témoin pour le consentement  
(téléphone ou consentement oral)**

Date/Heure  
de l'appel: \_\_\_\_\_

*JOUR MOIS ANNÉE* *HEURE*

\_\_\_\_\_  
*NOM DU SECOND TÉMOIN DU CONSENTEMENT OU DE LA CONFIRMATION PAR TÉLÉPHONE*

\_\_\_\_\_  
*SIGNATURE DU SECOND TÉMOIN*



## DIRECTIVES POUR LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Dons posthumes d'organes ou de tissus)

1. La possibilité de faire le don d'organe(s) et/ou de tissus doit être offerte aux familles des patients qui remplissent les critères de don en vertu des « exigences de Santé Ontario, Réseau Trillium pour le don de vie, relatives à l'entretien sur le don qui se tient avec le décideur substitut du patient ». La décision du décideur substitut du patient sera respectée et appuyée. Lorsqu'un consentement au don d'organes et/ou de tissus a été fourni par écrit et signé avant le décès du patient (applicable uniquement si le patient était âgé d'au moins 16 ans au moment du consentement donné par écrit et signé), et si le patient remplit les critères de don au moment de son décès, il sera demandé à l'autorité juridique appropriée, telle que définie par la Loi sur don de la vie, de confirmer le consentement documenté du patient.
2. Ce formulaire doit être dûment rempli avant de procéder au prélèvement d'organes et de tissus. Lorsqu'un consentement au don d'organes et de tissus écrit du patient et attesté par le décideur substitut du patient a été établi avant le décès, tel que confirmé par l'autorité juridique, l'original du consentement écrit et signé doit accompagner le présent formulaire.
3. Si le décès du patient doit être signalé au coroner (conformément à la Loi sur les coroners de 1990 telle qu'elle a été modifiée), nul ne peut avoir accès à la dépouille de quelque façon que ce soit tant que le coroner n'en a pas donné l'autorisation.
4. Dans l'ordre de priorité décroissant, le décideur substitut du patient est :
  - a. le conjoint du patient; ou
  - b. en l'absence de conjoint, l'un des enfants du patient; ou
  - c. en l'absence du conjoint ou des enfants, ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, le père ou la mère du patient; ou
  - d. en l'absence du père ou de la mère ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, un frère ou une sœur; ou
  - e. en l'absence de proches parents ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, la personne légalement en possession du corps (p. ex. l'exécuteur testamentaire ou l'administrateur de la succession), autre que l'administrateur en chef de l'hôpital si la personne est décédée à l'hôpital

« **Conjoint(e)** » désigne une personne de tout sexe (a) avec qui le patient est marié, ou (b) avec qui le patient vit, ou vivait immédiatement avant son décès, dans le cadre d'une union conjugale hors mariage, si les deux personnes (i) ont cohabité pendant au moins un an, (ii) sont les parents d'un même enfant ou (iii) ont conclu un accord de cohabitation en vertu de l'article 53 de la *Loi sur le droit de la famille*.

5. Autorisations par téléphone / télécopie / transmission par courriel : Lorsque la personne confirmant ou donnant son consentement n'est pas en mesure d'être présente à l'hôpital pour remplir ce formulaire, le consentement peut être confirmé ou obtenu par téléphone en présence d'au moins deux témoins. Les témoins doivent entendre le substitut du patient s'identifier et donner son consentement verbal au don; les deux témoins doivent signer le formulaire de consentement. Lorsque le remplaçant du patient a donné son consentement pour communiquer par voie électronique, un message vocal enregistré, un message texte ou un courriel est également acceptable. Ce formulaire peut également être communiqué par télécopieur ou en pièce jointe à un courriel à la personne confirmant ou donnant le consentement, en vue d'être rempli et renvoyé à la personne obtenant la confirmation ou le consentement une fois que la discussion a eu lieu concernant son obtention. La personne qui obtient l'affirmation ou le consentement doit s'assurer qu'une copie de la confirmation, envoyée par télécopie, courriel ou en capture d'écran lors d'une conversation par texte soit placée dans le dossier médical permanent de l'hôpital du patient.