



Réseau
Trillium pour
le don de vie

Consentement de la première personne au don d'organes et / ou de tissus

N° ID DU RTDV : _____

Page 1/4

A A COMPLETER AVEC LE PATIENT

Je, _____ consens par les présentes au prélèvement d'organes et/ou de tissus
NOM DU PATIENT (PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE)
aux fins de transplantation comme indiqué dans la case ci-dessous.

Organe(s) et / ou tissu(s) faisant l'objet de don - Veuillez choisir l'option 1 ou 2 en cochant la case correspondante

<input type="checkbox"/> Option 1 Tous les organes et tissus désignés	<input type="checkbox"/> Option 2 Organe(s) et / ou tissu(s) cochés (☑) seulement
<input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vaisseaux aux fins de transplantation future <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Pancréas (pour îlots) <input type="checkbox"/> Intestin	<input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Os et tissus conjonctifs <input type="checkbox"/> Cœur pour valvules, péricarde, aorte <input type="checkbox"/> Peau
Autres organes ou tissus donnés aux fins de transplantation (veuillez préciser par écrit, le cas échéant)	
<input type="checkbox"/> **Autre _____ **ce type de transplantation m'a été expliqué Initiales : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <i>INITIALES DU PATIENT</i> <i>JOUR</i> <i>MOIS</i> <i>ANNÉE</i> <i>HEURE</i> </div>	

Mes dons précités peuvent aussi être utilisés aux fins que j'ai cochées 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



Consentement de la première personne au don d'organes et / ou de tissus

N° ID DU RTDV _____

Page 2/4

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 de mon 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 |

Comme exigé pour faciliter les dons et les transplantations d'organes et de tissus, j'approuve et autorise ce qui suit :

- La divulgation de tout renseignement personnel sur la santé extrait de tout dossier sur le patient me concernant, comme requis pour confirmer l'admissibilité au don et entre les personnes et organismes participant au don, à l'approvisionnement ou à la transplantation d'organes et de tissus parmi les administrations.
- La communication des renseignements personnels sur la santé s'ils sont nécessaires 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.
- La collecte et l'utilisation de mon sang et/ou de tout tissu corporel (notamment de la rate et des ganglions lymphatiques) exigées pour déterminer l'admissibilité médicale, ou pour faciliter la compatibilité, des organes et tissus aux fins de la transplantation, y compris mais non de façon limitative, les tests pour les maladies infectieuses (p. ex. VIH; hépatite B et C; syphilis) – ces échantillons peuvent aussi servir aux fins d'analyses futures.
- 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.
- Les photographies d'organes, de tatouages, de grains de beauté ou d'autres taches ou affections cutanées de la part du personnel du Santé Ontario (RTDV) ou des médecins transplantologues, ainsi que la transmission sécurisée d'images afin de déterminer l'admissibilité médicale.
- Je comprends que la confidentialité de tous les renseignements sera assurée, sauf lorsque la loi exige ou permet la communication des renseignements.

Consentement aux organes S.O. – le texte qui apparaît dans la case suivante ne s'applique pas

Plus particulièrement pour faciliter le don d'organes, j'autorise les interventions pouvant être effectuées tout au long de la durée du processus de don, et y consens, notamment l'examen pré-mortem, afin d'évaluer l'admissibilité médicale et d'optimiser les résultats des organes prélevés pour la transplantation. Je comprends que ces interventions n'ont pas de bénéfice thérapeutique pour moi et, de l'avis des médecins responsables de mes soins, peuvent présenter un risque minimal et ne serviront pas ou ne se poursuivront pas si tout indique que le décès sera accéléré en conséquence de celles-ci.

On m'a expliqué le processus de prélèvement d'organes et de tissus. Je sais que les organes et 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. Je comprends que le présent consentement l'emporte sur tout consentement écrit antérieur que je peux avoir donné en lien avec le don.

Consentement de la première personne au don d'organes et / ou de tissus

N° ID DU 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 PATIENT *JOUR MOIS ANNÉE HEURE*

Santé Ontario (RTDV) ou une banque de tissus associée peut correspondre avec la personne-ressource désignée indiquée ci-après à la suite de mon décès afin de fournir de l'information sur l'issue du don. Dans les circonstances où la loi exige ou permet de communiquer des informations précises tirées de mes dossiers médicaux ou les résultats de mes tests médicaux, la personne-ressource indiquée ci-dessous me représentera également pour une telle correspondance.

Identification de la personne – ressource désignée :

PRÉNOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DÉSIGNÉE *NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DÉSIGNÉE*

NUMÉRO D'UNITÉ/D'APPARTEMENT *RUE*

VILLE *PROVINCE* *CODE POSTAL*

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE *ADRESSE COURRIEL*

Noms des autres personnes susceptibles de recevoir des renseignements sur l'issue du don après mon décès :

_____ <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 et/ou le Bureau du coroner en chef (BCC)

Consentement de la première personne au don d'organes et / ou de tissus

N° ID DU RTDV _____

Page 4/4

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 _____

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.

Bureau du coroner en chef (BCC) : L'autorisation de procéder au don sera obtenue auprès du BCC avant de procéder au don, et j'ai expliqué les implications de la participation du BCC au patient (et à la personne-ressource désignée, le cas échéant).

(Si le consentement aux fins de recherche scientifique a été obtenu) : J'ai expliqué aux familles que toute recherche scientifique était approuvée par un Comité d'éthique de la recherche, qu'elle pourrait inclure la recherche sur les cellules souches, ainsi que l'impossibilité de consulter les renseignements issus de la recherche portant des organes et/ou des tissus donnés.

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 patient) vers l'établissement de tests diagnostiques et/ou l'établissement de prélèvement, et j'ai expliqué les implications du transfert au patient (et à la personne-ressource désignée, le cas échéant).

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

Heure et date de l'appel : _____

JOUR *MOIS* *ANNÉE* *HEURE*

Second témoin pour le consentement (téléphone ou consentement oral)

NOM DU SECOND TÉMOIN DU CONSENTEMENT OU DE LA CONFIRMATION PAR TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU SECOND TÉMOIN