

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle**Réseau Trillium pour le don de vie**483 rue Bay, tour Sud, 4<sup>e</sup> étage, Toronto, Ontario M5G2C9

Télé (24/7) : 1.877.363.8456 Téléc. : 1.866.557.6100

Site Web: www.giftoflife.on.ca/fr

**Questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux du (de la) donneur(e)**

Nom du (de la) donneur(e) : \_\_\_\_\_ N° Identification attribué par le RTDV : \_\_\_\_\_

Nom de la (des) personne(s) enquêtée(s) : \_\_\_\_\_

Lien avec le (la) donneur(e) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse du (de la) donneur(e) :  comme ci-dessus, ou : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Depuis quand connaissez-vous le (la) donneur(e)? \_\_\_\_\_

Avant de procéder à un don d'organes et de tissus, nous devons vous poser quelques questions (similaires à celles posées aux donneurs de sang) pour recueillir des renseignements en regard de la présence des facteurs de risques médicaux et sociaux. Certaines questions sont de nature délicate, mais ces renseignements sont nécessaires pour déterminer le dépistage de certaines maladies susceptibles d'être transmises aux receveurs. Nous vous demandons de répondre à toutes les questions au meilleur de votre connaissance. Les réponses resteront strictement confidentielles (voir l'*avis de confidentialité*).

Pensez - vous connaître suffisamment le (la) donneur(e) pour pouvoir répondre aux questions concernant ses antécédents médicaux ou sociaux, ses relations et son mode de vie?  Oui  Non

Si non, veuillez nous indiquer les coordonnées de la (des) personne(s) convenable(s) à contacter :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le (la) donneur(e) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel de la santé qui a examiné le dossier médical hospitalier du (de la) donneur(e) :  S/O

Nom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel de la santé qui a mené l'entrevue et complété l'enquête :

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_ Signature du professionnel qui a mené l'entrevue : \_\_\_\_\_

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle**Si le don concerne uniquement des tissus oculaires, il faudra répondre seulement aux questions surlignées.**

Avis de confidentialité : Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Loi de 2000 sur le don de vie*. Le Réseau Trillium pour le don de vie les utilisera aux fins d'évaluation de la qualification et à d'autres fins liées au don et à la greffe d'organes et/ou de tissus. Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec : Réseau Trillium pour le don de vie - Centre de ressources provincial - Région du Grand Toronto : 416-363-4438, en dehors de la région du Grand Toronto : 1 877-363-8456.

Renseignements généraux sur la santé			
<b>1</b>	Quels sont le nom et le numéro de téléphone du médecin de famille du (de la) donneur(e)?	<input type="checkbox"/> Absence de médecin de famille	<input type="checkbox"/> Renseignements sur le médecin fournis comme suit  Nom du médecin :  Numéro de téléphone :
<b>2</b>	Était-il / elle né(e) à l'extérieur du Canada?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, où est-il / elle né(e)?
<b>3</b>	Avait-il / elle déjà consulté un médecin ou été hospitalisé(e) (y compris en unité psychiatrique ou foyer de soins de longue durée)?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Veuillez préciser le nom du médecin ou de l'établissement, les motifs de la consultation / l'hospitalisation et la (les) date(s) :
<b>4</b>	Avait-il / elle souffert une maladie ou subi des interventions chirurgicales majeures?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :
<b>5</b>	Avait-il / elle des antécédents de cancer ou de malignité, y compris: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer de la peau,</li> <li>• Myélome,</li> <li>• Leucémie,</li> <li>• Lymphome?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement : <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie  Durée sans cancer (années) :  Dernière consultation de suivi (date, nom du médecin et hôpital) :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>6</b>	Souffrait-il / elle d'un problème de santé qui pouvait limiter ses activités de la vie quotidienne, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essoufflement,</li> <li>• Douleur dans la poitrine?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez expliquer :
<b>7</b>	Avait-il / elle des limitations physiques qui l'obligeaient à utiliser des appareils et accessoires fonctionnels comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une canne,</li> <li>• Un déambulateur,</li> <li>• Une chaise roulante?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez expliquer :

<b>8</b>	Consommait-il / elle des médicaments d'une façon régulière avant son admission à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser le nom des médicaments, la posologie et la durée du traitement en années (si connue) :  <input type="checkbox"/> Voir la liste ci-jointe
<b>9</b>	Avait-il / elle des allergies?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser de quelle(s) allergie(s) s'agit-il et si elle(s) était(ent) potentiellement mortelle(s) :
<b>10</b>	Avait-il / elle été en exposition étendue / majeure à des substances toxiques, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesticides,</li> <li>• Plomb,</li> <li>• Mercure,</li> <li>• Amiante,</li> <li>• Moisissure?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quelle(s) substance(s), expliquer le contexte et indiquer la (les) date(s) :  Avait-il / elle développé de(s) problème(s) de santé ou reçu un diagnostic à la suite de cette exposition?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez expliquer :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>11</b>	Avait-il / elle des antécédents de diabète (y compris le diabète gestationnel)?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Durée (années) :  Était-il traité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser le traitement : <input type="checkbox"/> Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Médicament(s) : Si oui, quel(s) type(s) de médicament(s)? <input type="checkbox"/> Médicament(s) par voie orale : <input type="checkbox"/> Injection(s) d'insuline (fréquence/type) :  Avait-il / elle utilisé de l'insuline d'origine bovine après 1980?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>12</b>	Avait-il / elle des antécédents de maladie rénale, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calculs rénaux,</li> <li>• Infections,</li> <li>• Dialyse?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>13</b>	Avait-il / elle des antécédents d'hypertension ou de taux élevé de cholestérol?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Durée (années) :  Était-il traité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser le traitement : <input type="checkbox"/> Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Médicament(s) :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>14</b>	Avait-il / elle reçu une réanimation cardiorespiratoire ou avait-il des antécédents de maladies, troubles ou lésions cardiaques, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre rhumatismale,</li> <li>• Maladie cardiaque congénitale,</li> <li>• Coronaropathie ou pontage coronarien,</li> <li>• Cardiopathie valvulaire,</li> <li>• Endocardite bactérienne ou infectieuse,</li> <li>• Myocardite virale,</li> <li>• Syndrome de Marfan,</li> <li>• Cardiomyopathie,</li> <li>• Traumatisme cardiaque pénétrant,</li> <li>• Douleur dans la poitrine?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement :
<b>15</b>	Avait-il / elle des antécédents familiaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• De diabète,</li> <li>• D'hypertension,</li> <li>• De coronaropathie,</li> <li>• D'AVC?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Lien avec le (la) donneur(e) :
<b>16</b>	Avait-il / elle des antécédents de problèmes circulatoires dans les bras et les jambes, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varices,</li> <li>• Phlébites,</li> <li>• Vascularites,</li> <li>• Insuffisance veineuse,</li> <li>• Thrombose veineuse profonde?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>17</b>	Avait-il / elle des antécédents de maladie pulmonaire, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthme,</li> <li>• Emphysème,</li> <li>• BPCO?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Avait-il / elle besoin d'être hospitalisé(e)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>18</b>	Avait-il / elle des antécédents de maladie hépatique, y compris l'hépatite ou la jaunisse?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Quel était le diagnostic?  Avait-il / elle besoin d'être hospitalisé(e)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

19	Avait-il / elle déjà subi une coloscopie ou avait-il / elle des antécédents de problèmes digestifs ou intestinaux, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colite ulcéreuse,</li> <li>• Sang dans les selles,</li> <li>• Maladie de Crohn?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quel(s) problème(s) et expliquer :
20	Avait-il / elle des antécédents de trouble neurologique ou cérébral, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épilepsie,</li> <li>• Alzheimer,</li> <li>• Démence,</li> <li>• AVC,</li> <li>• Parkinson,</li> <li>• Encéphalite,</li> <li>• Méningite,</li> <li>• Maladie à prions, comme maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ ou toute forme de maladie de la vache folle),</li> <li>• Antécédents familiaux de MCJ, Parkinson ou démence?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Si oui, concernant les antécédents familiaux, veuillez préciser le lien avec le (la) donneur(e) et le diagnostic :
21	Avait-il / elle récemment présenté un ou plusieurs des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de mémoire,</li> <li>• Convulsions,</li> <li>• Confusion,</li> <li>• Contractions ou secousses musculaires involontaires,</li> <li>• Perte d'équilibre,</li> <li>• Aphasie (Trouble de la parole)?</li> <li>•</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
22	Avait-il / elle récemment présenté un ou plusieurs des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maux de tête,</li> <li>• Somnolence,</li> <li>• Raideur de la nuque,</li> <li>• Perte de la vision,</li> <li>• Sensibilité à la lumière,</li> <li>• Troubles neurologiques inexplicés?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
23	Avait-il / elle déjà reçu un diagnostic de maladie auto-immune ou dégénérative chronique ou fait l'objet d'exams de dépistage en ce sens, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sclérose latérale amyotrophique (Lou Gehrig),</li> <li>• Sclérose en plaques (SP),</li> <li>• Arthrite rhumatoïde,</li> <li>• Lupus érythémateux disséminé (lupus),</li> <li>• Péri-artérite noueuse,</li> <li>• Maladie thyroïdienne,</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Traitement :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcoïdose,</li> <li>• Myasthénie grave?</li> </ul>		
<b>24</b>	Avait-il / elle des antécédents de maladie osseuse ou articulaire, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostéoporose,</li> <li>• Arthrite,</li> <li>• Ostéomyélite,</li> <li>• Maladie métabolique des os, comme l'ostéomalacie?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Traitement:  En cas d'arthrite, veuillez préciser le(s) type(s) :  Location:
<b>25</b>	Avait-t-il / elle eu des épisodes de perte de poids inexplicable ou présenté des tâches bleutées ou violacées sur la peau ou les muqueuses?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>26</b>	Avait-il / elle des antécédents de maladie ou trouble de la peau, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection,</li> <li>• Eczéma,</li> <li>• Dermatite,</li> <li>• Lèpre,</li> <li>• Maladies cutanées inflammatoires,</li> <li>• Abrasions,</li> <li>• Plaies dans la bouche ou sur la peau?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>Sang/produits dérivés du sang/tissus</b>			
<b>27</b>	Avait-il / elle déjà reçu une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quel(s) type(s) et indiquer la (les) date(s) :  Dans quel(s) pays?
<b>28</b>	Avait-il / elle déjà reçu des hormones de croissance hypophysaire d'origine humaine?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?  De quel(s) type(s)?  Dans quel(s) pays?

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>29</b>	Avait-il / elle déjà été refusé en tant que donneur de sang ou avait-il déjà reçu pour consigne de ne pas faire de don de sang?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, pourquoi?
<b>30</b>	Avait-il / elle déjà reçu une greffe d'organe ou de tissu, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rein,</li> <li>• La dure-mère,</li> <li>• La cornée,</li> <li>• Un os,</li> <li>• La peau,</li> <li>• Une valvule cardiaque?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quel(s) type(s), indiquer la (les) date(s) et préciser s'il y a eu des complications :
<b>31</b>	Avait-il / elle déjà subi une greffe ou une intervention médicale utilisant des cellules vivantes, des tissus ou des organes d'origine animale?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :



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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

Infections/maladies infectieuses		
<b>32</b>	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle fait l'objet d'exams de dépistage ou reçu un diagnostic ou un traitement pour tout type d'infection, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus Epstein - Barr (VEB - Mononucléose),</li> <li>• Cytomégalo virus (CMV),</li> <li>• Toxoplasmose?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnue Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement:
<b>33</b>	Avait-il / elle déjà fait l'objet d'exams de dépistage, été placé en quarantaine, diagnostiqué ou traité pour une maladie infectieuse émergente (p. ex., tuberculose, Zika, SRMO ou Ébola)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnue Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement:
<b>34</b>	Avait-il / elle déjà été en contact direct avec ou exposé à une personne atteinte ou soupçonnée d'être atteinte d'une maladie infectieuse émergente (p. ex., tuberculose, Zika, SRMO ou Ébola) ou été dans un lieu d'exposition ou de contact?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>35</b>	Au cours des trois dernières semaines, avait-il /elle ou un membre de sa famille vivant dans son foyer, présenté un ou plusieurs des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse ou fatigue inexplicquée,</li> <li>• Toux fréquente ou persistante,</li> <li>• Œdème des ganglions lymphatiques,</li> <li>• Nausée et vomissements,</li> <li>• Diarrhée persistante,</li> <li>• Fièvre de plus de 38 °C accompagnée de maux de tête,</li> <li>• Fièvre,</li> <li>• Maux de tête,</li> <li>• Éruptions cutanées,</li> <li>• Douleurs articulaires,</li> <li>• Conjonctivite (œil rouge),</li> <li>• Sueurs nocturnes,</li> <li>• Douleurs musculaires,</li> <li>• Essoufflement?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>36</b>	Au cours des 120 derniers jours, avait-il / elle reçu un diagnostic présumé ou confirmé par un professionnel de la santé d'infection au virus du Nil occidental, en raison de symptômes, d'une exposition au virus ou d'un test positif?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnue Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s):

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>37</b>	Au cours de la dernière année, avait-il / elle été mordu par un animal?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Y avait-il des inquiétudes ou recevait il / elle un traitement en lien avec la rage? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>38</b>	Avait-il / elle déjà été en contact* avec une ou plusieurs chauves-souris? *soit des antécédents de chauve-souris au sein du logis ou de morsure ou d'égratignure de chauve-souris.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Y avait-il des inquiétudes ou recevait il / elle un traitement en lien avec la rage?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>39</b>	Avait-il / elle déjà souffert de tuberculose ou déjà eu un résultat positif à un test cutané à des fins de dépistage de la tuberculose ou reçu un traitement contre cette maladie?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :   Avait-il / elle été vacciné contre la tuberculose/le BCG? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>40</b>	Au cours des douze derniers mois, avait-il / elle reçu un vaccin ou été immunisé? (p. ex., zona, varicelle, ROR, fièvre jaune, BCG, vaccin oral contre la typhoïde, variole)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s):
<b>41</b>	Avait-il / elle été en contact étroit avec une personne vaccinée contre la variole?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, cette personne avait-elle été vaccinée au cours des deux derniers mois? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  Si oui, avait-il / elle été en contact avec cette personne, c'est-à-dire, avait-il / elle touché le point de vaccination, manipulé des pansements qui le couvraient, ou manipulé des draps, des vêtements ou tout autre matériel qui aurait été en contact avec le point de vaccination?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  Si oui, avait-il / elle présenté des symptômes ou des complications comme une éruption cutanée, de la fièvre, des douleurs musculaires, des maux de tête, de la nausée ou une atteinte oculaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  Si oui, veuillez donner des détails :
<b>42</b>	Au cours des douze derniers mois, avait-il / elle été exposé à du sang ou des liquides corporels d'une personne infectée ou soupçonnée d'être infectée par le VIH, le virus T-lymphotrope humain ou le virus de l'hépatite B ou C? (Les	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

	voies de transmission possibles comprennent un contact accidentel avec une aiguille, une plaie ouverte ou une peau non intacte et des muqueuses.)		
<b>43</b>	Avait-il / elle déjà été testé positif pour l'hépatite B ou C?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Avait-il /elle déjà reçu un traitement contre l'hépatite C? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :
<b>44</b>	Au cours des douze derniers mois, avait-il / elle été en contact étroit avec une personne atteinte d'une hépatite virale cliniquement active (B ou C)? Un contact étroit signifie partager le même espace de vie avec une personne.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnue Si oui, quel type(s) d'hépatite(s) la personne avait-elle?
<b>45</b>	Avait-il / elle déjà reçu un diagnostic de VIH ou de virus T-lymphotrope humain fait l'objet d'examens de dépistage pour ces virus?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui ou inconnu, veuillez préciser :  Pourquoi avait-il / elle fait ces examens?  Résultat:  Traitement :
<b>46</b>	Avait-il / elle déjà contracté une maladie liée au voyage, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paludisme,</li> <li>• Maladie de Chagas,</li> <li>• Babésiose,</li> <li>• Leishmaniose,</li> <li>• Virus Zika?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>47</b>	Avait-il / elle déjà reçu un vaccin ou un traitement, y compris préventif, contre une maladie liée au voyage?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement :
<b>Donneurs des yeux : en cas de don des yeux, veuillez répondre aux questions suivantes. Dans le cas contraire, veuillez indiquer S.O. aux questions 48 et 49.</b>			
<b>48</b>	Avait-il / elle déjà eu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un trouble oculaire,</li> <li>• Une infection oculaire,</li> <li>• Une chirurgie oculaire (y compris au laser),</li> <li>• Un glaucome,</li> <li>• Une cataracte,</li> <li>• Une maladie de la cornée,</li> <li>• Des tumeurs oculaires, comme le rétinoblastome ou le ptérygion,</li> <li>• Tout autre trouble oculaire, y compris une infection ou une inflammation?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :  Traitement :  Nom de l'ophtalmologiste :
<b>49</b>	Avait-il / elle déjà été traité pour une rubéole congénitale ou un syndrome de Reye?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>50</b>	<p>Avait-il / elle déjà consommé des produits du tabac, de la marijuana ou vapoté (inhalation de vapeurs par le biais d'un appareil électronique)?</p>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quel(s) type(s) :  Fréquence et quantité par jour ou semaine :  Nombre d'années de consommation :  Arrêt: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis combien d'années?
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>51</b>	<p>Avait-il / elle déjà consommé de l'alcool?</p>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser quel(s) type(s) :  Quantité et fréquence :  Nombre d'années de consommation :  Arrêt : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis combien d'années?
-----------	---------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

52	<p>Avait-il / elle déjà consommé ou pris des drogues, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marijuana,</li> <li>• Stéroïdes,</li> <li>• Cocaïne,</li> <li>• Amphétamines,</li> <li>• Toute substance non prescrite par son médecin,</li> <li>• Tout usage abusif de médicaments prescrits par son médecin?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :  Avait-il / elle utilisé des aiguilles? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  Avait-il / elle consommé des drogues à usage récréatif ou non prescrites par voie intranasale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  S'il n'y a eu aucune utilisation d'aiguille ou consommation par voie intranasale, veuillez préciser la voie de consommation des drogues utilisées :  À quand remonte la dernière consommation?  Arrêt : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis combien d'années?
53	<p>Au cours des 12 derniers mois, s'était-il / elle fait tatouer la peau, retoucher un tatouage, percer la peau, avait-il fait de l'électrolyse, de l'acupuncture ou un maquillage permanent?</p>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, lesquels?  <input type="checkbox"/> Tatouage <input type="checkbox"/> Perçage corporel ou de l'oreille <input type="checkbox"/> Électrolyse <input type="checkbox"/> Acupuncture <input type="checkbox"/> Maquillage permanent Le tatouage, le perçage corporel ou de l'oreille, l'électrolyse, l'acupuncture ou le maquillage permanent étaient-ils effectués dans des conditions non stériles, avec des instruments partagés, de l'encre contaminée et / ou dans des conditions de stérilité inconnues? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans quel(s) pays?  Nom et location du fournisseur de services :  Date : Par qui?

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

<b>54</b>	Était-il / elle jamais détenu(e) dans un établissement correctionnel pour les mineurs, une prison ou un cachot?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?  Où?  Durée :
<b>55</b>	Avait-il / elle jamais vécu(e) l'itinérance ou vécu(e) dans un centre d'hébergement pour les sans-abris?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?    Durée :
<b>Antécédents sexuels</b>			
<b>Nous rappelons que les questions suivantes portent sur des renseignements de nature personnelle et délicate. Ces questions doivent être posées pour tous les donneurs. Les questions suivantes portent sur les antécédents sexuels du donneur. Les termes « activité sexuelle », « relations sexuelles » et « rapports sexuels » se rapportent à tout type de rapport sexuel, y compris vaginal, anal et oral.</b>			
<b>56</b>	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle contracté aucune infection transmissible sexuellement, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syphilis,</li> <li>• Gonorrhée,</li> <li>• Herpès génital,</li> <li>• Verrues génitales,</li> <li>• VPH?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :   Avait-il / elle été traité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser et indiquer la (les) date(s) :
<b>57</b>	Avait-il / elle eu des relations sexuelles ou vécu avec une personne ayant reçu une greffe d'organes ou de tissus d'origine animale?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?
<b>58</b>	Avait-il / elle eu des relations sexuelles ou vécu avec une personne née ou ayant vécu en Afrique après 1977?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dans quel(s) pays?
<b>59</b>	Au cours des cinq dernières années, avait-il / elle été victime d'une agression sexuelle ou d'un viol?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez répondre aux questions 59 à 69 ci-dessous.

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

			Si non ou inconnu, veuillez répondre à la question <b>59</b> ci-dessous.
<b>60</b>	Au cours des cinq dernières années, avait-il / elle déjà eu des relations sexuelles au moins une fois?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez répondre aux questions <b>60</b> à <b>69</b> ci-dessous.  Si non ou inconnu, veuillez indiquer S.O. aux questions <b>60</b> à <b>69</b> .
<b>61</b>	Au cours des cinq dernières années, avait-il / elle eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?
<b>62</b>	<b>Donneurs de sexe masculin seulement :</b> Au cours des cinq dernières années, avait-il eu des relations sexuelles avec une autre personne de sexe masculin?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, la relation a eu lieu dans les 12 derniers mois?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Indiquer les dates, si connues :
<b>63</b>	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne a) qui avait eu des relations sexuelles entre personnes de sexe masculin au cours des cinq dernières années ou b) dont le partenaire sexuel a eu des relations sexuelles entre personnes de sexe masculin au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, a) les relations sexuelles entre personnes de sexe masculin ont-elles eu lieu au cours des 12 derniers mois OU b) le partenaire sexuel a-t-il eu ces relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu  Veuillez expliquer et indiquer les dates, si connues :
<b>64</b>	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne qui avait eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?
<b>65</b>	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne qui a utilisé une aiguille pour s'injecter des drogues non prescrites par son médecin au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?



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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

66	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne infectée ou soupçonnée d'être infectée par le VIH, le virus T-lymphotrope humain ou l'hépatite B ou C?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, de quel virus s'agit-il et quand?  La personne était-elle malade à cause du virus à cette période, notamment présentait-elle des symptômes comme : douleurs abdominales, douleurs articulaires, épuisement, fièvre, nausée, vomissements, diarrhée ou jaunissement des yeux ou de la peau? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
67	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne ayant été exposée à du sang ou des liquides corporels d'une personne infectée ou soupçonnée d'être infectée par le VIH, le virus T-lymphotrope humain ou l'hépatite B ou C? (Les voies de transmission possibles comprennent un contact accidentel avec une aiguille, une plaie ouverte ou une peau non intacte et des muqueuses.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?
68	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne hémophile ou atteinte de troubles de la coagulation qui a eu besoin d'une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang comme des concentrés de facteur de coagulation d'origine humaine?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, de quoi s'agit-il et quand?
69	Au cours des 12 derniers mois, avait-il / elle eu un partenaire sexuel dont les antécédents sexuels sont inconnus?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quand?
70	Au cours des 21 derniers jours, avait-il / elle eu des relations sexuelles avec une personne de sexe masculin dont on sait : a) qu'il a reçu un diagnostic d'infection au virus Zika présumé ou confirmé dans les six mois précédant la relation sexuelle, <b>OU</b> b) qu'il a vécu ou voyagé dans une région de transmission active du virus Zika dans les six mois précédant la relation.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez expliquer :

Antécédents de voyage :

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

71	<p>Antécédents de voyage : Posez les trois parties de la question (70a, 70b et 70c) et les sous-parties suivantes, au besoin.</p> <p>70a. Le donneur avait-il / elle voyagé à l'extérieur de l'Ontario et/ou du Canada au cours des six derniers mois?</p> <p>71b. Le donneur avait-il / elle passé plus d'un mois à l'extérieur du Canada (TOTAL COMBINÉ)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, veuillez préciser le lieu, les dates et la durée des voyages :</p> <p>Voyage au cours des 56 derniers jours dans des régions où le virus de l'encéphalite du Nil occidental est endémique.</p> <p><input type="checkbox"/> No            <input type="checkbox"/> Yes            <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, veuillez préciser si l'un des énoncés suivants s'applique et fournir des détails ci-dessous :</p> <p>Mexique rural ou Amérique centrale ou Amérique du Sud (pour une durée combinée de 3 mois ou plus)</p> <p><input type="checkbox"/> Vécu    <input type="checkbox"/> Voyagé    <input type="checkbox"/> S.O.</p> <p>Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse, Pays de Galles, île de Man ou îles Anglo-Normandes) et/ou France (pour une durée combinée de 3 mois ou plus entre le 1<sup>er</sup> janvier 1980 et le 31 décembre 1996)</p> <p><input type="checkbox"/> Vécu    <input type="checkbox"/> Voyagé    <input type="checkbox"/> S.O.</p> <p>Europe, y compris le Royaume-Uni ou la France (pour une durée combinée de 5 ans ou plus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1980)</p> <p><input type="checkbox"/> Vécu    <input type="checkbox"/> Voyagé    <input type="checkbox"/> S.O.</p> <p>Le donneur avait-il voyagé/vécu dans d'autres lieux non mentionnés ci-dessus?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, veuillez préciser le lieu, les dates et la durée des voyages :</p>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

	71c. Le donneur avait-il / elle déjà vécu sur une base militaire à l'extérieur du Canada?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu  Veuillez préciser le lieu, le pays auquel la base militaire appartient, les dates et la durée :
<b>72</b>	Au cours de la dernière année, le donneur avait-il / elle voyagé dans une région figurant sur une liste des conseils de santé aux voyageurs pour des maladies transmissibles ou été en contact avec une personne qui a voyagé dans une de ces régions?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser le lieu, la période du voyage et le motif du conseil :
<b>Donneurs pédiatriques : Si le donneur a 18 ans ou plus, veuillez sélectionner S.O. aux questions 72 à 76.</b>			
<b>73</b>	La mère biologique de l'enfant était-elle atteinte ou à risque d'être atteinte du VIH ou d'une infection par le virus de l'hépatite?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
Si l'enfant a moins de 11 ans, veuillez répondre aux questions <b>73</b> à <b>76</b> ci-dessous. Dans le cas contraire, veuillez indiquer S.O. aux questions <b>73</b> à <b>76</b> .			
<b>74</b>	Au cours des 12 derniers mois, l'enfant avait-il / elle été allaité ou avait-il / elle reçu du lait maternel?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez remplir le questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux et la sérologie de la mère naturelle.
<b>75</b>	L'enfant avait-il/ elle 18 mois ou moins?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez remplir le questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux et la sérologie de la mère naturelle.
<b>76</b>	La mère a-t-elle reçu des soins prénatals de tout type?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, veuillez préciser :
<b>77</b>	Comment décririez-vous l'état de santé de la mère pendant la grossesse?	<input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Fourni comme suit Veuillez préciser :
Tous donneurs			

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

Cochez convenablement pour les  
donneurs pédiatriques seulement : Donneur  Mère naturelle

78	Êtes-vous au courant de l'existence d'un autre problème médical que nous n'avons pas abordé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser:
79	Après avoir rempli ce questionnaire, y a-t-il une raison de penser que les organes ou tissus donnés pourraient ne pas convenir à une greffe ou présenter un danger ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser:
80	Y avait-il / elle d'autres personnes qui pourraient fournir d'autres renseignements personnels ou complémentaires concernant une ou plusieurs de ces questions?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez indiquer les renseignements suivants : <input type="checkbox"/> Comme à la page 1 <input type="checkbox"/> Fourni comme suit Nom : Lien avec le (la) donneur(e) : Numéro de téléphone :
81	Les arrangements funéraires ont-ils été pris ou savez-vous quel funérarium sera utilisé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu à ce stade  Si oui, funérarium :  Nom de la personne-ressource :  Numéro de téléphone :  Adresse :  Demandes supplémentaires de la famille (p. ex., voir le corps après la chirurgie de prélèvement d'organes) :

**Autres commentaires**