

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre intérêt à donner un rein de votre vivant. Nous vous prions de lire attentivement ces renseignements afin de prendre une décision éclairée et de déterminer si le don d'un rein de votre vivant s'avère le bon choix pour vous. Si vous décidez de continuer le processus d'évaluation, en voici les étapes :

1. Communication : Pour nous assurer de la volonté du receveur d'accepter votre don, il est important que vous l'informiez de votre souhait de lui donner un rein.
2. Questionnaire : Afin d'assurer votre sécurité et celle du receveur, nous devons vous poser des questions sur votre santé, votre vie sociale et vos voyages. Répondez du mieux possible. Le questionnaire a été préparé par le Programme de don croisé de rein de la Société canadienne du sang. Certaines questions sont d'une nature très personnelle, mais il est important d'y répondre honnêtement. Soyez assuré que tous vos renseignements demeureront confidentiels et serviront uniquement à déterminer si vous êtes admissible au don d'organe. **Veillez remplir le formulaire à l'encre. Pour faire une correction, rayez le texte erroné, puis inscrivez vos initiales à côté. N'utilisez aucun ruban correcteur ni aucun papier liquide.**
3. Formulaire de consentement : Veuillez lire et signer les deux formulaires de consentement ci-inclus (Consentement à l'évaluation médicale et Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé). Votre témoin doit avoir plus de 18 ans et **la date de sa signature doit être la même** que la vôtre pour prouver qu'il vous a vu signer le formulaire.
4. Groupe sanguin : Pour confirmer votre groupe sanguin, il nous faut une copie de votre carte de la Société canadienne du sang ou un rapport de votre médecin de famille. Si vous ne connaissez pas votre groupe sanguin, nous vous fournirons une demande de prise de sang pour le déterminer.
5. Remplissez le questionnaire et signez les formulaire de consentement, puis envoyez-nous les documents signés par courriel à Livingkidneydonor@toh.ca, par télécopieur au 613-738-8403 ou par la poste à l'adresse suivante :
Programme de dons d'organes de personnes vivantes
1967, prom. Riverside, C.P. 643
Ottawa, ON K1H 7W9
6. Séances d'information : Il est obligatoire d'assister à l'une des séances d'information à l'intention des donneurs que nous offrons tous les mois. Choisissez la date qui vous convient, puis appelez-nous au 613-738-8400, poste 82719, pour réserver votre place.

Nous vous remercions très sincèrement d'envisager la possibilité de faire le don d'un rein de votre vivant. Notre rôle est de respecter et de soutenir votre décision, quelle qu'elle soit. Pour cette raison, si nous ne recevons pas de vos nouvelles, nous nous entendrons que vous préférez ne pas continuer le processus d'évaluation, et nous cesserons toute communication.

Merci.

L'équipe du Programme de don de rein de personnes vivantes
613-738-8400, poste 82719

ÉVALUATION DES DONNEURS DE REIN VIVANTS (PHASE 1)

LISTE DE VÉRIFICATION

| ÉTAPES | INSTRUCTIONS | TERMINÉE |
|---|---|--------------------------|
| <p>ÉTAPE 1 : Envoyez le questionnaire rempli et les formulaires de consentement signés au Programme d'évaluation des donneurs.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dans le questionnaire, vous et votre témoin devez signer à la page 4 (votre témoin ne peut pas être le bénéficiaire prévu de votre don). Assurez-vous que la date de votre signature est la même que votre témoin. • Vérifiez que vous avez signé les deux formulaires de consentement et que vous et votre témoin avez inscrit la même date. • Envoyez le questionnaire et les formulaires de consentement : par courriel à LivingKidneyDonor@toh.ca, par télécopieur au 613 738-8403 ou par la poste à 1967, prom. Riverside, C.P. 643, Ottawa (Ontario) K1H 7W9. | <input type="checkbox"/> |
| <p>ÉTAPE 2 : Demandez un rendez-vous avec votre médecin de famille (si vous en avez un).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Une fois le questionnaire et les formulaires de consentement reçus, nous vous enverrons un formulaire à faire remplir par votre médecin de famille. Votre médecin doit remplir une évaluation et vérifier que le dépistage de votre cancer est à jour. Vous aurez peut-être à faire un test de dépistage de la tuberculose. • Votre médecin de famille doit nous envoyer par télécopieur le formulaire complété au 613 738-8403 (le numéro figure aussi sur le formulaire). • Si vous n'avez pas de médecin de famille, dites-le-nous. Vous pourrez peut-être passer certaines analyses dans une clinique sans rendez-vous. | <input type="checkbox"/> |
| <p>ÉTAPE 3 : Faites des analyses de laboratoire.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Programme d'évaluation des donneurs vous enverra par la poste ou par courriel une demande d'analyses de laboratoire. Sur la demande par courriel, vous devez inscrire vos renseignements personnels dans le coin supérieur droit du document (nom, date de naissance, adresse et numéro d'assurance-santé). • Vous pouvez faire les analyses demandées dans un laboratoire privé (Lifelabs, Dynacare, BioTest) ou un laboratoire de L'Hôpital d'Ottawa (campus Civic, Riverside ou Général). • Ne mangez et ne buvez rien, sauf de l'eau, pendant les 12 heures qui précèdent les analyses au laboratoire. | <input type="checkbox"/> |
| <p>ÉTAPE 4 : Assistez à une séance virtuelle d'information à l'intention des donneurs vivants (dans votre appli MyChart mobile ou sur le Web).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Inscrivez-vous (par téléphone au 613 738-8400, poste 82719, ou par courriel à (Livingkidneydonor@toh.ca) à une séance d'information pour obtenir votre code d'activation de MyChart (s'il n'est pas déjà activé). <p>*Si vous voulez, vous pouvez vous inscrire avant de faire vos analyses de laboratoire (étape 3).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>ÉTAPE 5 : Communiquez par téléphone ou par courriel avec le Programme d'évaluation des donneurs</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quand vous aurez fait vos analyses de laboratoire et assisté à la séance d'information, et que nous aurons reçu le formulaire de votre médecin de famille, communiquez avec l'équipe du Programme d'évaluation des donneurs (par téléphone au 613 738-8400, poste 82719, ou par courriel à LivingKidneyDonor@toh.ca). | <input type="checkbox"/> |

Madame, Monsieur,

Vous devez remplir le formulaire de divulgation et le questionnaire qui suivent et les retourner à l'adresse suivante :

Programme de don vivant

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Conformément aux règlements de Santé Canada sur le don de tissus et d'organes et aux normes d'évaluation des donneurs du programme de votre hôpital, vous devez remplir le présent questionnaire. Pour que le don soit le plus sûr possible pour vous et la personne à qui vous donnerez un organe, nous devons vous poser quelques questions sur votre état de santé actuel et passé. Un grand nombre de ces questions ressemblent à celles qui sont posées lors d'un don de sang.

Vous devez remplir le questionnaire vous-même et répondre à toutes les questions du mieux que vous le pouvez. Si vous n'êtes pas en mesure de remplir le questionnaire vous-même, la personne qui le fait pour vous doit expliquer pourquoi à la question 72.

Les renseignements recueillis demeureront confidentiels et ne serviront qu'à évaluer votre admissibilité à titre de donneur potentiel de rein vivant.

613-738-8400 ext. 82719 ou livingkidneydonor@lho.ca

Si vous avez des questions à poser ou des préoccupations à exprimer, veuillez communiquer avec :

Renseignements personnels du donneur potentiel

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--|--|
| Prénom (tel qu'inscrit sur votre carte santé) : | | Deuxième prénom : | | Nom (tel qu'inscrit sur votre carte santé) : | |
| Nom usuel : | | Pronoms (p. ex., elle, il, iel, bispirituel) : | | Date de naissance : _____ / _____ / _____ AAAA mm jj | |
| Numéro d'assurance maladie : | | Province de résidence : | | Date d'expiration de la carte d'assurance maladie, le cas échéant : _____/_____/_____ AAAA mm jj | |
| Si vous bénéficiez de prestations d'assurance sur le lieu de travail ou d'assurance privée, ou d'un autre régime de couverture maladie, veuillez nous fournir les renseignements : | | | | | |
| Poids (kg) : | | Taille (cm) : | | Réservé à l'administration — IMC : | |
| Groupe sanguin ABO, si connu : | | Origine ethnique : | | Langue préférée : | |
| Pays de naissance : | | Langue(s) parlée(s) / écrite(s) : | | | |
| Adresse postale (domicile) : | | | | | |
| Téléphone (domicile/cellulaire) : | | | Téléphone (travail) : | | |
| Adresse de courriel : * <i>L'adresse de courriel ne s'applique pas à tous les programmes</i> | | | | | |
| Méthode de communication préférée : | | Courriel | | Téléphone | |
| Quelle est la meilleure période de la journée pour vous contacter? | | Matin | | Après-midi | |

* Le courriel n'est pas une méthode de communication qui s'applique à tous les programmes. Veuillez vérifier auprès de votre programme.

| | |
|--|---------------|
| Nom de votre médecin de famille ou de votre infirmier(ère) praticien(ne) : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Télécopieur : |

FORMULAIRE DE DIVULGATION DESTINÉ AU DONNEUR POTENTIEL**Indemnisation**

Au Canada, aucune incitation monétaire, aucun bien ou service de valeur ne doit être offert à un donneur vivant, à la personne proche d'un donneur d'un donneur décède, à ses héritiers ou à tout autre tiers en échange de CTO. (Source: CAN/CSA-Z900.1.22, article 11, *Indemnisation*)

Je, _____, ai lu les énoncés ci-dessus.
Nom du donneur potentiel (en caractères d'imprimerie)

Je reconnais et je comprends que le commerce des organes est illégal dans la province de _____
(province de résidence)

et au Canada. Seul le remboursement des dépenses acceptables directement liées à l'évaluation et au don du donneur est admissible.

Je n'ai pas accepté et je n'accepterai pas d'argent, de cadeaux ou d'autres incitatifs en échange du don de mon rein.

Nom du donneur potentiel (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

_____/_____/_____
aaaa mm jj

Témoin :

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

_____/_____/_____
aaaa mm jj

Lien entre le témoin et le donneur (*le témoin NE PEUT ÊTRE le receveur prévu*) : _____

Si les services d'un traducteur sont utilisés :

Nom du traducteur

Signature du traducteur

Date

_____/_____/_____
aaaa mm jj

Lien entre le traducteur et le donneur (*le traducteur NE PEUT ÊTRE le receveur prévu*) : _____

SI VOUS REMPLISSEZ LE FORMULAIRE À LA MAIN, UTILISEZ UN STYLO À ENCRE – N'utilisez pas de crayon de plomb. Répondez à toutes les questions.

Vous pourrez indiquer des commentaires supplémentaires sur n'importe quelle question dans la case 71 à la fin du document.

Veillez énumérer toute question que vous n'avez pas bien comprise ou à laquelle vous ne savez pas quoi répondre à la question 70. L'infirmier(ère) coordonnateur(rice) de don communiquera avec vous.

| Questions générales sur le don | |
|---|--|
| 1a. | Avez-vous un candidat à la transplantation prévu (une personne à qui vous voulez faire un don)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 1b. | Si oui , quel est son nom? |
| 1c. | Le candidat à la transplantation vit-il dans une province différente de la vôtre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 1d. | Si oui , quelle est sa province de résidence? |
| 2 | Quel est votre lien avec le candidat à la transplantation prévu? (Veillez être précis : conjoint[e], ami[e] etc.) |
| 3 | Si le candidat à la transplantation prévu reçoit un organe d'un autre donneur, souhaitez-vous que nous vous contactions pour vous présenter d'autres possibilités de faire un don de rein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes | |
| 4. | Avez-vous dit à l'une des personnes suivantes que vous souhaitez donner un de vos reins? |
| 4a. | Le candidat à la transplantation prévu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4b. | Votre famille ou des amis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4c. | Votre médecin de famille <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5a. | Est-ce que quelqu'un a exprimé des craintes à propos de votre désir de faire don d'un rein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5b. | Si oui , veuillez préciser : |
| 6 | Pourquoi voulez-vous donner un rein? |
| 7 | Comment avez-vous entendu parler du programme des donneurs de rein vivants? <input type="checkbox"/> Candidat à la transplantation <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Séance d'information pour les patients <input type="checkbox"/> Médias (p. ex. journaux, radio, Facebook, Instagram, etc.) <input type="checkbox"/> Site Web (lequel?) _____ |

Autre (veuillez préciser) _____

Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

8 Quel type de travail faites-vous?

9 Le don d'organe est une intervention importante qui exige une convalescence de 6 à 8 semaines. Pensez-vous pouvoir vous absenter du travail pendant tout ce temps sans que cela ait de conséquences sur votre poste?

 Oui Non

Autres commentaires :

10 Si, au cours de l'intervention chirurgicale ou de votre rétablissement après le don de sang, vous aviez besoin d'une transfusion de produits sanguins, l'accepteriez-vous?

 Oui Non

11a. Avez-vous une personne significative qui peut vous offrir du soutien?

 Oui Non11b. **Si oui**, quel est votre lien avec cette personne?

11c. Êtes-vous le principal soutien, y compris économique, de votre ménage ou de votre famille?

 Oui Non

12a. Avez-vous déjà subi une évaluation pour faire un don de cellules, d'organes ou de tissus?

 Oui Non12b. **Si oui**, quand et où avez-vous été évalué?Date : ____ / ____ / ____ Spécifié le don : _____ Lieu : _____
aaaa mm jj13a. **Si vous avez répondu Oui à la question 12a**, avez-vous donné des cellules, des organes ou des tissus? Spécifié le don : Oui Non13b. **Si oui**, où avez-vous donné?13c. **Si non**, pourquoi le don n'a-t-il pas eu lieu?

14a. Avez-vous déjà été refusé comme donneur de sang ou vous a-t-on demandé de ne pas donner de sang?

 Oui Non14b. **Si oui**, pourquoi?14c. **Si oui**, quand cela s'est-il produit? Date : ____ / ____ / ____
aaaa mm jj

15 Comment évaluez-vous votre état de santé?

 Excellent Bon Mauvais

16 Pouvez-vous monter un escalier sur deux étages sans éprouver une douleur à la poitrine ou être à bout de souffle?

 Oui Non

17 Faites-vous de l'exercice?

 Oui Non

18 Décrivez les activités physiques que vous pratiquez :

Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

19a. Consultez-vous une infirmier(ère), un médecin de famille ou un spécialiste à propos d'un problème de santé présentement? **Oui** **Non**

19b. **Si oui**, veuillez préciser :

Nom de l'infirmier(ère), du médecin ou du spécialiste :

Raison des consultations :

Date de la dernière consultation ou communication : ____ / ____ / ____
aaaa mm jj

20 Avez-vous déjà souffert d'une maladie grave? **Oui** **Non**

21 Avez-vous déjà été hospitalisé? **Oui** **Non**

22 Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? **Oui** **Non**

23 Si vous avez répondu **Oui** à la question 20, 21 ou 22, veuillez donner des détails (date, maladie, raison de l'hospitalisation, nom du médecin ou spécialiste et de l'hôpital) :

Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

24a. Prenez-vous des médicaments (sur ordonnance, sans ordonnance, en vente libre, traitement de remplacement hormonal ou remèdes à base de plantes)?

Oui Non

24b. **Si oui**, veuillez énumérer tous les médicaments ou remèdes que vous prenez ou utilisez et préciser la raison.

| Nom et dose du médicament | Fréquence et raison |
|---------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

25a. Avez-vous des allergies (p. ex., réactions aux piqûres d'abeilles ou de guêpes, aux arachides, aux fruits de mer, aux médicaments, au latex, etc.)?

Oui Non

25b. **Si oui**, à quoi êtes-vous allergique?

Quelle est la nature de votre réaction (p. ex. choc anaphylactique, difficultés respiratoires graves, éruption cutanée, etc.)?

25c. Gardez-vous un dispositif EpiPen sur vous?

Oui Non

26a. Avez-vous déjà manifesté une réaction indésirable à la suite d'une anesthésie?

Oui Non

26b. **Si oui**, précisez la nature de la réaction et le traitement qu'on vous a prodigué :

27a. Souffrez-vous actuellement d'une infection bactérienne, fongique ou virale?

Oui Non

27b. **Si oui**, précisez la nature de l'infection et le traitement suivi :



Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

| 28 | Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'un des troubles suivants? | Si vous répondez Oui à l'une de ces questions ou ne savez pas quoi répondre pour l'une d'elles, veuillez préciser : | | |
|----|---|---|---------------------------------|--|
| a. | Maladie cardiaque, arythmie cardiaque ou douleur à la poitrine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| b. | Accident vasculaire cérébral | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| c. | Hypertension | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| d. | Diabète | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| e. | Calculs au rein | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| f. | Maladie rénale | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| g. | Infection à la vessie ou aux reins | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| h. | Maladie de la thyroïde | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| i. | Troubles de la coagulation, caillots sanguins | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| j. | Maladie pulmonaire (p. ex. asthme, apnée du sommeil, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| k. | Cancer (p. ex. peau, leucémie, lymphome ou tout autre cancer) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| l. | Problèmes d'estomac ou d'intestin (p. ex. maladie de Crohn, présence de sang dans les selles, colite ulcéreuse) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| m. | Maladie du foie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| n. | Hépatite | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| o. | VIH ou SIDA ou HTLV | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| p. | Démence ou trouble neurologique (p. ex. maladie de Parkinson, SLA [maladie de Lou Gehrig], épilepsie, tumeur cérébrale) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| q. | Méningite ou encéphalite | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| r. | Maladie auto-immune (p. ex. lupus, maladie de Crohn, arthrite rhumatoïde, syndrome de Cushing) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| s. | Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ ou maladie de la vache folle, ou toute autre maladie à prion) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |

Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

| | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 28 | Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'un des troubles suivants? | | | Oui | Non | |
| | t. Maladie(s) transmissible(s) — infection virale, bactérienne ou fongique (p. ex. H1N1, grippe porcine, rougeole, feu sauvage) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | u. Infection(s) transmise(s) sexuellement (p. ex. syphilis, herpès, gonorrhée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | v. Diagnostic présumé ou confirmé d'une maladie infectieuse émergente (en développement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | w. Morsure par un animal au cours des 6 derniers mois (p. ex. chauve-souris, mouffette, chien ou autre animal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Si oui , par quel animal avez-vous été mordu? | | | | | |
| | Avez-vous eu confirmation que vous avez eu la rage ou été soigné comme si l'animal avait la rage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Avez-vous reçu un traitement, et si oui, lequel? | | | | | |
| | x. Veuillez fournir des renseignements sur tout autre problème de santé pour lequel vous avez reçu un traitement et qui n'aurait pas été mentionné plus haut : | | | | | |

29a. Avez-vous reçu un vaccin ou une injection au moyen d'une aiguille, quelle que soit la raison, **au cours des 8 dernières semaines?** **Oui** **Non**

29b. **Si oui**, précisez la nature du vaccin ou de l'injection et indiquez pour quelle raison vous avez reçu ce vaccin ou cette injection.

30 Tuberculose

Avez-vous déjà :

| | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
| a. subi un test de dépistage de tuberculose? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| b. reçu un diagnostic de tuberculose? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| c. obtenu un résultat positif à un test cutané à la tuberculine? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| d. reçu un traitement contre la tuberculose? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| e. reçu un vaccin contre la tuberculose? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| f. été exposé à une personne atteinte d'une tuberculose active? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| g. déjà vécu ou travaillé dans une région à forte incidence de tuberculose? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

h. **Si vous avez répondu Oui** à l'une des questions sur la tuberculose ou ne savez pas quoi répondre à une question, veuillez donner des précisions :

| Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes | | | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|--------|
| 31 | Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychiatrique ou émotionnel? | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 32 | Avez-vous déjà consulté un professionnel en santé mentale ou en consultez-vous un à l'heure actuelle? | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 33 | Au cours des 5 dernières années , un médecin vous a-t-il prescrit des antidépresseurs, des médicaments contre l'anxiété, des médicaments contre la douleur ou d'autres médicaments du genre? | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 34 | Si vous avez répondu Oui à la question 31, 32 ou 33, veuillez fournir des détails : | | | | | | | |
| 35 | Avez-vous déjà reçu l'un des traitements suivants : | | | | Si vous répondez Oui à l'un des éléments de la question 35, veuillez préciser quand et dans quel pays. | | | |
| | a. | des injections d'hormone de croissance? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Quand : | Pays : |
| | b. | une transplantation d'organe ou de tissus (p. ex. os, cornée, peau, rein, foie, poumon)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Quand : | Pays : |
| | c. | une greffe de tissus de la dure-mère (tissus cérébraux ou rachidiens)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Quand : | Pays : |
| | d. | une injection d'insuline d'origine bovine (depuis 1980)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Quand : | Pays : |
| | e. | une transfusion de sang ou d'autres produits sanguins (p. ex. plaquettes, plasma frais congelé, fibrinogène, etc.) ou des injections intraveineuses? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Quand : | Pays : |
| | Pourquoi : | | | | | | | |
| f. | Si vous avez répondu Oui , avez-vous reçu de tels produits au Royaume-Uni, en Europe ou en Afrique depuis 1980 ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, veuillez donner les détails. | | | | |

| Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes | | Sans objet | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 36a. | Subissez-vous un test Pap régulièrement? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 36b. | Si oui , quand avez-vous passé votre dernier test? _____ aaaa mm jj | | | |
| 36c. | Avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un test Pap? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 36d. | Si oui , veuillez expliquer : | | | |
| 37a. | Avez-vous déjà passé une mammographie? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 37b. | Si oui , quand avez-vous passé votre dernière mammographie? _____ aaaa mm jj | | | |
| 37c. | Si oui , avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à une mammographie? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 37d. | Si oui , veuillez expliquer : | | | |
| 38a. | Avez-vous déjà été enceinte? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 38b. | Si vous avez répondu Oui à la question 38a , précisez le nombre d'événements suivants : | | | |
| | Grossesses | | Fausse-couches | Avortements |
| 38c. | Si vous avez répondu Oui à la question 38a , avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète gestationnel (diabète de grossesse)? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 38d. | Si vous avez répondu Oui à la question 38c , précisez le traitement reçu : | | | |
| 38e. | Si vous avez répondu Oui à la question 38a , aviez-vous une pression artérielle élevée pendant la grossesse? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 38f. | Si vous avez répondu Oui à la question 38e , précisez le traitement reçu : | | | |
| 39a. | Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de tomber enceinte à l'heure actuelle? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 39b. | Si non , prévoyez-vous une ou des grossesses futures? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 39c. | Si oui , veuillez préciser : | | | |
| 40a. | Avez-vous déjà subi un toucher rectal pour la prostate? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 40b. | Si oui , à quand remonte votre dernier test? _____ aaaa mm jj | | | |
| 41a. | Avez-vous déjà subi une prise de sang pour mesurer l'APS (antigène prostatique spécifique)? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 41b. | Si oui , à quand remonte votre dernier test d'APS? _____ aaaa mm jj | | | |

Tous les donneurs — Questions sur vos antécédents personnels

La section suivante aborde des questions délicates et personnelles.

Nous vous rappelons que nous sommes tenus par la loi de poser ces questions à tous les donneurs potentiels.

| | | | | |
|------|--|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 42a. | Si vous avez répondu oui aux questions 40a ou 41a, avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un examen par toucher rectal ou à un test sanguin d'APS? 42b. Si oui , veuillez préciser : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> s. o. |
| 43a. | Fumez-vous? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 43b. | Si oui , depuis combien de temps? | Quelle quantité fumez-vous? | | |
| 43c. | Sinon , avez-vous déjà fumé? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 43d. | Si vous avez déjà fumé , quelle quantité fumiez-vous? | | | |
| 43e. | Si vous avez déjà fumé , pendant combien de temps avez-vous fait usage de tabac? | | | |
| 43f. | Si vous avez déjà fumé , quand avez-vous cessé? | _____ / _____ / _____ aaaa mm jj | | |
| 44a. | Consommez-vous de l'alcool? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 44b. | Si oui , à quelle fréquence? | | | |
| 44c. | Sinon , consommiez-vous de l'alcool avant? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 44d. | Si vous en consommiez avant , quelle quantité buviez-vous? | | | |
| 44e. | Si vous buviez de l'alcool avant , pendant combien de temps en avez-vous consommé? | | | |
| 44f. | Si vous buviez de l'alcool avant , quand avez-vous cessé d'en consommer? | _____ / _____ / _____ aaaa mm jj | | |
| 45a. | Consommez-vous de la marijuana? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| | Si oui , quel est votre mode de consommation (p. ex. inhalation [en la fumant], ingestion [consommation orale ou sublinguale], ou usage topique)? _____ | | | |
| 45b. | Si oui , à quelle fréquence? | | | |
| 45c. | Sinon , avez-vous déjà consommé de la marijuana? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| 45d. | Si vous en consommiez avant , quelle quantité consommiez-vous? | | | |
| 45e. | Si vous en consommiez avant , pendant combien de temps en avez-vous consommé? | | | |
| 45f. | Si vous en consommiez avant , quand avez-vous cessé d'en consommer? | _____ / _____ / _____ aaaa mm jj | | |

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 46a. | Avez-vous déjà fait usage de drogues illicites (p. ex. héroïne, cocaïne, crack, LSD, <i>crystal meth</i> , <i>bennies</i> , stimulants, tranquillisants, marijuana, haschich, <i>speed</i> , <i>ecstasy</i> ou stéroïdes anabolisants)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | 46b. Si oui, de quelle(s) drogue(s) s'agit-il et pendant combien de temps en avez-vous consommé? | | | | |
| | 46c. Si oui , avez-vous, au cours des 6 derniers mois, consommé des drogues à usage récréatif par voie intranasale (sniffé de la drogue)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Tous les donneurs — Questions sur vos antécédents personnels | | | | | |
| <i>La section suivante aborde des questions délicates et personnelles.</i> | | | | | |
| <i>Nous vous rappelons que nous sommes tenus par la loi de poser ces questions à tous les donneurs potentiels.</i> | | | | | |
| 47a. | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous utilisé une aiguille pour vous injecter des drogues dans les veines, un muscle ou sous la peau pour des motifs non médicaux (c.-à-d. par voie intraveineuse ou intramusculaire)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | 47b. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui a utilisé une aiguille pour s'injecter des drogues dans les veines, un muscle ou sous la peau pour des motifs non médicaux? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 48a. | Utilisez-vous des médicaments prescrits à d'autres personnes, des drogues illicites ou d'autres substances (marijuana, oxycodone, fentanyl, etc.)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | 48b. Si oui , de quel(le)s médicaments ou drogues s'agit-il et pendant combien de temps en avez-vous consommé? | | | | |
| 49 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 50 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne ayant eu des relations en échange d'argent ou de drogues? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 51a. | Au cours des 21 derniers jours , avez-vous eu un contact sexuel avec un homme chez qui un médecin a diagnostiqué une infection au virus Zika dans les six mois précédant ce contact? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | 51b. Au cours des 21 derniers jours , avez-vous eu un contact sexuel avec un homme qui a résidé ou voyagé dans une région où il y a eu transmission active du virus Zika dans les six mois précédant ce contact? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 52 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne atteinte ou présumée atteinte du VIH, du sida, d'une hépatite B ou d'une hépatite C cliniquement active (c'est-à-dire que la personne éprouve des symptômes) ou d'une infection par le HTLV? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 53 | Au cours des 12 derniers mois , à votre connaissance, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne dont vous ne connaissez pas suffisamment les antécédents médicaux, sexuels ou sociaux pour répondre adéquatement aux questions 49 à 51? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 54 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été incarcéré dans une prison, un pénitencier ou un centre de détention pour jeunes contrevenants pendant plus de 72 heures consécutives? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 55 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été exposé au sang d'une personne infectée ou présumée infectée par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C, du VIH ou par le sida parce que vous avez été piqué accidentellement par une aiguille contaminée ou parce que vous avez été en contact avec une plaie ouverte, de la salive, une peau abîmée ou des muqueuses? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 56 | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu un contact étroit avec une personne atteinte d'une hépatite B ou C cliniquement active (c'est-à-dire que la personne éprouve des symptômes) ou d'une jaunisse (p. ex. avez-vous partagé régulièrement la cuisine et la salle de bain de cette personne)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 57a. | Au cours des 12 derniers mois , avez-vous subi l'une des procédures suivantes : tatouage (y compris une retouche à un tatouage existant), maquillage permanent, microblading, modification corporelle, acupuncture ou perçage aux oreilles, au corps ou au visage? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| | 57b. Si oui , veuillez indiquer le nom Ville : de l'établissement : | | | | |

57c. **Si oui**, savez-vous si les instruments et l'encre utilisés étaient contaminés ou partagés ou si on a employé des instruments non stériles?

Oui, il est possible qu'ils aient été contaminés, partagés ou non stériles

Non, ils étaient stériles, non contaminés et non partagés

Je ne sais pas

Section réservée aux femmes (sexe biologique à la naissance) *Sans objet*

58 **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu des relations sexuelles avec un autre homme au cours des 12 derniers mois? **Oui** **Non**

Section réservée aux hommes (sexe biologique à la naissance) *Sans objet*

59 **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous eu des relations sexuelles, ne serait-ce qu'une seule fois, avec un autre homme? **Oui** **Non**

Questions sur vos voyages antérieurs

60 Avez-vous déjà vécu à l'extérieur du Canada? **Oui** **Non**

61 Avez-vous déjà voyagé à l'extérieur du Canada? **Oui** **Non**

62 Au cours **des 6 derniers mois**, avez-vous voyagé à l'intérieur du Canada? **Oui** **Non**

63 **Si vous avez répondu Oui à la question 60, 61 ou 62**, veuillez indiquer les endroits où vous avez vécu ou voyagé, ainsi que les dates de retour (aaaa/mm).

64a. **Entre 1980 et 1996**, avez-vous fait des séjours totalisant **3 mois ou plus** à l'extérieur de l'Amérique du Nord (p. ex. en Europe, en Afrique, au Moyen-Orient)? **Oui** **Non**

64b. **Si oui**, où, quand et pendant combien de temps?

| 65 | Avez-vous déjà été exposé à une des maladies suivantes liées aux voyages ou reçu un tel diagnostic ou été présumé atteint de l'une de ces maladies? | Si vous répondez Oui à l'une de ces questions ou ne savez pas quoi répondre pour l'une d'elles, veuillez préciser : | |
|----|--|--|--------------------------|
| | | Oui | Non |
| a. | Virus du Nil occidental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Paludisme/malaria (ou prise de médicaments antipaludiques) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Maladie de Chagas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Babésiose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Leishmaniose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| f. Ebola | | | | | |
| g. Strongyloïdose | | | | | |
| h. Dengue | | | | | |
| i. Virus Zika | | | | | |
| j. Avez-vous éprouvé des symptômes de type grippal dans les deux semaines suivant votre départ d'une zone où il y a un risque de Zika? | | | | | |
| k. Autre maladie liée aux voyages? | | | | | |

Questions sur vos antécédents familiaux

66a. Avez-vous des enfants? Oui Non

66b. Si oui, combien? Quel âge ont-ils?

66c. Ont-ils des problèmes de santé? (Si oui, donnez des précisions à la case 68.) Oui Non

67a. Avez-vous des frères et sœurs? Oui Non

67b. Si oui, combien? Quel âge ont-ils?

67c. Ont-ils des problèmes de santé? (Si oui, donnez des précisions à la case 68.) Oui Non

| | | | | |
|----|--|--|---------------------------------|--|
| 68 | Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà reçu un diagnostic ou été traité pour un des troubles suivants? | Si vous répondez Oui à l'une de ces questions ou ne savez pas quoi répondre pour l'une d'elles, veuillez préciser : | | |
| a. | Maladie cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| b. | Diabète | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| c. | Accident vasculaire cérébral | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| d. | Cancer | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| e. | Maladie rénale ou calculs rénaux | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| f. | Maladie du foie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| g. | Troubles de la coagulation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| h. | Tuberculose | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| i. | Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ou toute autre maladie à prion | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |

j. Autres maladies importantes?

Oui

Non

Cette section est réservée à des questions propres à l'établissement qui ne sont pas obligatoires pour participer au DCR

Oui Non

Cette section est réservée à des questions propres à l'établissement qui ne sont pas obligatoires pour participer au DCR

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes

69a. Avez-vous une raison de croire que vous ne devriez pas faire un don d'organe? Oui Non

69b. Si oui, aucune explication n'est nécessaire.

70a. Y a-t-il des questions sur ce formulaire dont vous n'étiez pas sûr du sens ou de la réponse à donner? Oui Non

70b. Si oui, de quelles questions s'agit-il?

71. Indiquez ci-dessous les renseignements, questions ou commentaires supplémentaires. Le cas échéant, veuillez préciser la question à laquelle vous faites référence.

Donneur potentiel — signez le formulaire ici :

Nom du donneur potentiel

Signature du donneur potentiel

Date (aaaa/mm/jj)

72a. Est-ce que le présent questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux a été rempli par une autre personne que le donneur potentiel?

Oui

Non

72b. **Si oui**, pourquoi a-t-il été rempli par une autre personne?

72c. **Si oui**, la personne qui a rempli le formulaire pour le donneur potentiel doit signer ci-dessous :

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire pour le donneur potentiel (en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne qui a rempli le questionnaire pour le donneur potentiel

Date (aaaa/mm/jj)

Réservé à l'administration — ID

Réservé à l'administration —

Réservé à l'administration

Commentaires/suivi :

Questionnaire revu par : _____ Date : _____
Signature au long *aaaa/mm/jj*



L'Hôpital
d'Ottawa

- Civie IC
 Général LCR
 Riverside CRC

**DEMANDE DE TRANSMISSION DU CONSENTEMENT À
LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
SUR LA SANTÉ**

no ark. méd.

nom

prénom

no assurance-maladie

d.d.a.

sex

INFORMATION À ÊTRE Copie papier Disque compact En Ligne

À : (Adresse, numéro de téléphone du demandeur, et adresse courriel si demande En Ligne)

L'Hôpital d'Ottawa

INFORMATION

PLAGE DE DATES POUR LES RAPPORTS / AUTRE

- Sommaire au congé _____
- Rapports opératoires _____
- Rapports pathologiques _____
- Rapports d'anesthésie/salle de réveil _____
- Rapports d'imagerie médicale _____
 - Rapports seulement _____
 - Disque compact d'imagerie _____
- Rapports de laboratoire _____
- Consultations/Notes d'évolution _____
- Rapport de l'urgence _____
- Copie du dossier _____
- Détails : _____
- Confirmation des dates _____
- Preuve de décès _____

Rapports de l'équipe de santé familiale _____

Autre : Information concernant le don rein d'une personne vivante.

Commentaires / Détails : _____

LES COÛTS POUR LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS NE SONT PAS REMBOURSABLES.

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ D'UN PATIENT
 Il faut obtenir le consentement du patient pour divulguer des renseignements personnels sur la santé à une tierce personne (p. ex. conseiller juridique, compagnie d'assurance) ou à un établissement de soins de santé situé à l'extérieur de la province de l'Ontario.

J'autorise L'Hôpital d'Ottawa à transmettre ou à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom du patient ou du mandataire spécial Signature Date (aaaa/mm/vv)
 X X X

Nom du témoin Signature Date (aaaa/mm/vv)
 X X X

L'autorisation est valable pendant un an suivant la date de signature. Inclure les copies des documents démontrant votre autorité en tant que mandataire spécial.

ARCHIVES MÉDICALES SEULEMENT : Date reçue : TOTAL \$: Reçu par :



Formulaire de consentement de don de rein de personne vivante Évaluation médicale et chirurgicale

1. J'ai lu et je comprends l'information que l'on m'a fournie :
 - i. Feuillet de renseignements de L'Hôpital d'Ottawa à l'intention des donneurs de rein
 - ii. Brochures sur le Registre de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires
 - iii. Trousse d'information sur le don d'un rein à partir d'un donneur vivant du Réseau Trillium pour le don de vie et/ou livret Dons de rein de personnes vivantes à L'Hôpital d'Ottawa
 - iv. Livret sur le Programme de remboursement des dépenses des donneurs vivants (PREDOV), s'il y a lieu.J'accepte de subir une évaluation compréhensive pour déterminer si je peux être un donneur de rein vivant.
2. Au Canada, aucune incitation monétaire des biens ou des services à valeur ne doit être offert à un donneur vivant, un donneur décédé, le plus proche parent, la succession de donneur ou de toute autre tierce partie en échange de cellules, de tissus ou d'organes.
3. On m'a informé des risques et je comprends que si, pendant mon évaluation, on découvre un problème de santé, cela pourrait nuire à mon assurabilité.
4. On m'a informé et je comprends que je passerai des épreuves de dépistage des maladies infectieuses et virus suivants : hépatite B, hépatite C, VIH (virus de l'immunodéficience humaine), HTLV (virus T-lymphotrope humain) et syphilis. On m'a informé et je comprends que si un résultat est positif, le service de santé publique en sera avisé.
5. On m'a informé et je comprends que j'aurai à payer certaines dépenses, y compris des frais de stationnement et de déplacement, qu'il y aura une période pendant laquelle je ne pourrai travailler, et que le PREDOV ne me remboursera pas intégralement.
6. On m'a informé et je comprends que l'on déterminera peut-être que je ne peux pas donner un rein.
7. On m'a informé et je comprends que l'on divulguera peut-être mon groupe sanguin, mon type de tissu, les virus dont je suis infecté (Cytomégalovirus, Epstein-Barr virus, Herpes simplex virus, varicelle zostère virus) le cas échéant, et l'anatomie vasculaire de mon rein au programme de transplantation pour les receveurs. On m'informera et je devrai donner mon consentement avant la divulgation de tout autre renseignement.
8. On m'a informé et je comprends que je peux me retirer du processus d'évaluation à tout moment, et ce, sans pénalité, et que la raison de mon retrait demeurera confidentielle.

Nom du donneur potentiel
en lettres moulées

Signature

Date

Nom du témoin
en lettres moulées (statut)

Signature (statu)

Date

Nom du traducteur
en lettres moulées

Signature

Date