

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](mailto: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><b>ÉTAPE 1 :</b> Envoyez le questionnaire rempli et les formulaires de consentement signés au Programme d'évaluation des donneurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Vérifiez que vous avez signé les deux formulaires de consentement et que vous et votre témoin avez inscrit la même date.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ÉTAPE 2 :</b> Demandez un rendez-vous avec votre médecin de famille (si vous en avez un).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Votre médecin de famille doit nous envoyer par télécopieur le formulaire complété au 613 738-8403 (le numéro figure aussi sur le formulaire).</li> <li>• 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.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ÉTAPE 3 :</b> Faites des analyses de laboratoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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).</li> <li>• Ne mangez et ne buvez rien, <b>sauf de l'eau</b>, pendant les 12 heures qui précèdent les analyses au laboratoire.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ÉTAPE 4 :</b> 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"> <li>• Inscrivez-vous (par téléphone au 613 738-800, 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).</li> </ul> <p><b>*Si vous voulez, vous pouvez vous inscrire avant de faire vos analyses de laboratoire (étape 3).</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ÉTAPE 5 :</b> Communiquez par téléphone ou par courriel avec le Programme d'évaluation des donneurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

# Protocole du DCR : Formulaire de divulgation et questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux du donneur potentiel

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 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.

Si vous avez des questions à poser ou des préoccupations à exprimer, veuillez communiquer avec le responsable du programme de don vivant de votre région.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le Programme de don croisé de rein

## Renseignements personnels du donneur potentiel

Réservé à l'administration — ID local du donneur :	Réservé à l'administration — ID du donneur dans le RCT :	
Prénom (légal) :	Deuxième prénom (légal) :	Nom (légal) :
Nom usuel :	Date de naissance: _____ / _____ / _____ aaaa                    mm                    jj	
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration de la carte d'assurance maladie :  _____ / _____ / _____ aaaa                    mm                    jj	
Autre régime d'assurance maladie :		
Taille :	Poids :	
Réservé à l'administration — IMC :	Groupe sanguin ABO, si connu :	
Origine ethnique :	Pays de naissance :	
Langue(s) parlée(s) :	Langue(s) écrite(s) :	
Adresse postale (domicile) :		
Téléphone (domicile) :	Cellulaire :	
Téléphone (travail) :	Télécopieur :	
Adresse de courriel :		
Quel moyen devons-nous utiliser pour vous joindre?		

Nom de votre médecin de famille: \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

## Formulaire de divulgation destiné au donneur potentiel

### Indemnisation

Au Canada, aucun incitatif, aucun bien ni aucun service de valeur ne doit être offert en échange d'organes à un donneur vivant ou à un tiers.

(Source : CAN/CSA-Z900.1-17F, article 11, Indemnisation)

Je \_\_\_\_\_, ai lu les énoncés ci-dessus.

Je reconnais et comprends que le commerce des organes est illégal dans ma province ( \_\_\_\_\_ ) 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) :

**VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE À L'ENCRE – N'utilisez pas de crayon de plomb.**  
**Répondez à toutes les questions. Vous pourrez indiquer des commentaires supplémentaires sur n'importe quelle question après la question 71.**

**Veillez énumérer toute question que vous n'avez pas bien comprise ou à laquelle vous ne savez pas quoi répondre à la question 71, à la fin du questionnaire. L'infirmière coordonnatrice de don communiquera avec vous.**

<b>Questions générales sur le don</b>	
1a	Avez-vous un receveur prévu (une personne à qui vous voulez faire un don)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No
1b	<b>Si oui, quel est son nom?</b> _____
2	Quel est votre lien avec le receveur prévu? (Veillez être précis.) _____ _____ _____
<b>Donneurs sans receveur prévu seulement (Un donneur sans receveur prévu est un donneur qui ne connaît personne en attente d'une transplantation rénale, mais qui souhaite donner un rein à toute personne qui en a besoin.)</b>	
3	À titre de donneur sans receveur prévu, quelles sont vos attentes par rapport à la communication avec le receveur de votre rein?? _____ _____
4	Voudriez-vous communiquer avec le receveur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Tous les donneurs — Veuillez répondre aux questions suivantes</b>	
5	Avez-vous dit à l'une des personnes suivantes que vous souhaitiez donner un de vos reins? 5a. Votre receveur prévu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet 5b. Votre famille ou des amis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 5c. Votre médecin de famille <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6a	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
6b	<b>Si oui, veuillez préciser :</b> _____ _____ _____

7 Pourquoi voulez-vous donner un rein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 Comment avez-vous entendu parler du programme des donneurs de rein vivants?  
 Receveur  
 Médecin  
 Séance d'information pour les patients  
 Médias (p. ex. journaux, radio)  
 Site Web (lequel?) \_\_\_\_\_  
 Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

9 Quel type de travail faites-vous?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10 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  
Commentaires supplémentaires :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11 Accepteriez-vous de recevoir des produits sanguins?  Oui  Non

12 Avez-vous un ou une partenaire, ou une personne significative qui peut vous offrir du soutien?  Oui  Non  
12b **Si oui**, quelle est votre lien avec cette personne?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Questions sur votre état de santé

- 13a Avez-vous déjà subi une évaluation pour faire un don de cellules, d'organes ou de tissus?  Oui  Non  
13b **Si oui**, quand et où avez-vous été évalué?  
Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Endroit : \_\_\_\_\_  
                  aaaa                  mm                  jj
- 14a Si vous avez répondu Oui à la question 13a, avez-vous donné des cellules, des organes ou des tissus?  Oui  Non  
14b **Si oui**, qu'avez-vous donné? \_\_\_\_\_  
14c **Sinon**, pourquoi le don n'a-t-il pas eu lieu? \_\_\_\_\_
- 15a Avez-vous déjà été refusé comme donneur de sang ou vous a-t-on demandé de ne pas donner de sang?  Oui  Non  
15b **Si oui**, pourquoi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
15c **Si oui**, quand cela s'est-il produit? \_\_\_\_\_
- 16 Comment évaluez-vous votre état de santé?  Excellent  Bon  Mauvais  
17 CPouvez-vous monter un escalier sur deux étages sans éprouver une douleur à la poitrine ou être à bout de souffle?  Oui  Non  
18 Faites-vous de l'exercice?  Oui  Non  
19 Décrivez les activités physiques que vous pratiquez :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 20a Consultez-vous une infirmière, un médecin de famille ou un spécialiste à propos d'un problème de santé présentement?  Oui  Non  
20b **Si oui**, veuillez préciser :  
Nom de l'infirmière, du médecin ou du spécialiste : \_\_\_\_\_  
Raison des consultations : \_\_\_\_\_  
Date de la dernière consultation ou communication : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
  aaaa  mm  jj
- 21 Avez-vous déjà souffert d'une maladie grave?  Oui  Non  
22 Avez-vous déjà été hospitalisé?  Oui  Non  
23 Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?  Oui  Non  
24 Si vous avez répondu Oui à la question 21, 22 ou 23, veuillez donner des détails (date, maladie, raison de l'hospitalisation, nom du médecin ou spécialiste et de l'hôpital) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25a Prenez-vous des médicaments (sur ordonnance, sans ordonnance, en vente libre, traitement de remplacement hormonal ou remèdes à base de plantes)??  Oui  Non

25b **Si oui**, veuillez énumérer tous les médicaments ou remèdes que vous prenez ou utilisez et préciser la raison:

Nom du médicament	Raison

26a Avez-vous déjà eu recours à des traitements de médecine naturelle (p. ex. l'acupuncture)?  Oui  Non

26b **Si oui**, de quels traitements s'agissait-il? Pourquoi les suiviez-vous? Quand et pendant combien de temps?

---

---

---

27a 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

27b **Si oui**, à quoi êtes-vous allergique? Quelle est la nature de votre réaction (p. ex. choc anaphylactique, difficultés respiratoires graves, éruption cutanée, etc.)?

---

---

28a Avez-vous déjà manifesté une réaction indésirable à la suite d'une anesthésie?  Oui  Non

28b **Si oui**, précisez la nature de la réaction et le traitement qu'on vous a prodigué :

---

---

29a Souffrez-vous actuellement d'une infection bactérienne, fongique ou virale?  Oui  Non

29b **Si oui**, précisez la nature de l'infection et le traitement suivi :

---

---

30	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'un des troubles suivants?	Si vous avez répondu Oui à l'un des éléments de la question 30 ou ne savez pas quoi répondre pour l'un d'eux, veuillez préciser :
a.	Maladie cardiaque ou douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
b.	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
c.	Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
d.	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
e.	Calculs au rein	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
f.	Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
g.	Infection à la vessie ou aux reins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
h.	Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
i.	Troubles de la coagulation, caillots sanguins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
j.	Maladie pulmonaire (p. ex. asthme, apnée du sommeil, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC])	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
k.	Cancer (p. ex. peau, leucémie, lymphome ou tout autre cancer)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
l.	Problèmes d'estomac ou d'intestin (p. ex. maladie de Crohn, présence de sang dans les selles, colite ulcéreuse)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
m.	Maladie du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
n.	Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
o.	VIH ou SIDA ou HTLV	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
p.	Démence ou trouble neurologique (p. ex. maladie de Parkinson, SLA [maladie de Lou Gehrig], épilepsie, tumeur cérébrale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____ _____
q.	Méningite ou encéphalite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____

r. Maladie auto-immune (p. ex. lupus, maladie de Crohn, arthrite rhumatoïde, syndrome de Cushing)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
s. Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ou maladie de la vache folle, ou toute autre maladie à prion)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
t. Maladie(s) transmissible(s) — infection virale, bactérienne ou fongique (p. ex. H1N1, grippe porcine, rougeole, feu sauvage)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
u. Infection(s) transmise(s) sexuellement (p. ex. syphilis, herpès, gonorrhée)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
v. Diagnostic présumé ou confirmé d'une maladie infectieuse émergente (en développement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____
w. Morsure par un animal au cours des 6 derniers mois (p. ex. chauve-souris, mouffette, chien ou autre animal)  <b>Si oui</b> , par quel animal avez-vous été mordu et avez-vous été soigné comme si l'animal avait la rage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____ _____ _____
x. Veuillez fournir des renseignements sur tout autre problème de santé pour lequel vous avez reçu un traitement : _____ _____ _____ _____	

31a 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

31b **Si oui**, précisez la nature du vaccin ou de l'injection et indiquez pour quelle raison vous avez reçu ce vaccin ou cette injection.?

---

---

32 Tuberculose

Avez-vous déjà :

a. subi un test de dépistage de tuberculose?  Oui  Non

b. reçu un diagnostic de tuberculose?  Oui  Non

c. obtenu un résultat positif à un test cutané à la tuberculine?  Oui  Non

d. reçu un traitement contre la tuberculose?  Oui  Non

e. reçu un vaccin contre la tuberculose?  Oui  Non

f. été exposé à une personne atteinte d'une tuberculose active?  Oui  Non

g. déjà travaillé dans une réserve des Premières Nations??  Oui  Non

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 :

---

---

---

---

33 Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychiatrique ou émotionnel?  Oui  Non

34 Avez-vous déjà consulté un professionnel en santé mentale ou en consultez-vous un à l'heure actuelle?  Oui  Non

35 **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, des stimulants, des tranquillisants ou d'autres médicaments du genre?  Oui  Non

36 **Si vous avez répondu Oui** à la question 33, 34 ou 35, veuillez fournir des détails :

---

---

---

37	Avez-vous déjà reçu l'un des traitements suivants :	<b>Si vous avez répondu Oui</b> à l'un des éléments de la question 37, veuillez préciser quand et dans quel pays.
a.	des injections d'hormone de croissance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____
b.	une transplantation d'organe ou de tissus (p. ex. os, cornée, peau)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____
c.	une greffe de tissus de la dure-mère (tissus cérébraux ou rachidiens)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____
d.	une injection d'insuline d'origine bovine (depuis 1980)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____
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 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____
	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 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas Si oui, quand et où? _____ _____ _____



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

38a Subissez-vous un test Pap régulièrement?  Oui  Non

38b **Si oui**, quand avez-vous passé votre dernier test? (aaaa/mm) \_\_\_\_\_

38c Avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un test Pap?  Oui  Non

38d **Si oui**, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39a Avez-vous déjà passé une mammographie?  Oui  Non

39b **Si oui**, quand avez-vous passé votre dernière mammographie? (aaaa/mm) \_\_\_\_\_

39c **Si oui**, avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à une mammographie?  Oui  Non

39d **Si oui**, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40a Avez-vous déjà été enceinte?  Oui  Non

40b **Si vous avez répondu Oui à la question 40a**, précisez le nombre d'événements suivants

**Grossesses** \_\_\_\_\_ **Fausse-couches** \_\_\_\_\_ **Avortementss** \_\_\_\_\_

40c **Si vous avez répondu Oui à la question 40a**, avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète gestationnel (diabète de grossesse)?  Oui  Non

40d **Si vous avez répondu Oui à la question 40c**, précisez le traitement reçu :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40e **Si vous avez répondu Oui à la question 40a**, aviez-vous une pression artérielle élevée pendant la grossesse?  Oui  Non

40f **Si vous avez répondu Oui à la question 40e**, précisez le traitement reçu :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41a Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de tomber enceinte à l'heure actuelle?  Oui  Non

41b **Si non**, prévoyez-vous une ou des grossesses futures?  Oui  Non

41c. **Si oui**, pouvez-vous nous en dire plus sur vos projets de grossesse, comme le moment où vous aimeriez tomber enceinte?.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

42a Avez-vous déjà subi un toucher rectal pour la prostate?  Oui  Non

42b **Si oui**, à quand remonte votre dernier test? (aaaa/mm) \_\_\_\_\_

43a Avez-vous déjà subi une prise de sang pour mesurer l'APS (antigène prostatique spécifique)?  Oui  Non

43b **Si oui**, à quand remonte votre dernier test d'APS? (aaaa/mm) \_\_\_\_\_

44a Si vous avez répondu oui aux questions 42a ou 43a, avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un examen par toucher rectal ou à un test sanguin d'APS?  Oui  Non

44b **Si oui**, veuillez préciser :

---

---

---

---

### 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.*

45a Fumez-vous?  Oui  Non

45b **Si oui**, depuis combien de temps? \_\_\_\_\_ Quelle quantité fumez-vous? \_\_\_\_\_

45c **Sinon**, avez-vous déjà fumé?  Oui  Non

45d **Si vous avez déjà fumé**, quelle quantité fumiez-vous? \_\_\_\_\_

45e **Si vous avez déjà fumé**, pendant combien de temps avez-vous fait usage de tabac? \_\_\_\_\_

45f **Si vous avez déjà fumé**, quand avez-vous cessé? \_\_\_\_\_

46a Consommez-vous de l'alcool?  Oui  Non

46b **Si oui**, à quelle fréquence? \_\_\_\_\_ Quelle quantité consommez-vous? \_\_\_\_\_

46c **Sinon**, consommiez-vous de l'alcool avant?  Oui  Non

46d Si vous en consommiez avant, quelle quantité buviez-vous? \_\_\_\_\_

46e Si vous buviez de l'alcool avant, pendant combien de temps en avez-vous consommé? \_\_\_\_\_

46f Si vous buviez de l'alcool avant, quand avez-vous cessé d'en consommer? \_\_\_\_\_

47a Avez-vous déjà fait usage de drogues illicites (p. ex. héroïne, cocaïne, crack, LSD, crystal meth, bennies, stimulants, tranquillisants, marijuana, haschich, speed, ecstasy ou stéroïdes anabolisants)?  Oui  Non



47b **Si oui**, de quelle(s) drogue(s) s'agit-il et pendant combien de temps en avez-vous consommé?

47c **Si oui avez-vous**, au cours des 6 derniers mois, consommé de la cocaïne par voie intranasale (sniffé de la cocaïne)?  Oui  Non

48a **Au cours des 5 dernières années**, avez-vous utilisé une aiguille pour vous injecter des drogues dans les veines, un muscle ou sous la peau pour des motifs non médicaux?  Oui  Non

48b **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?  Oui  Non  Je ne suis pas



49	<b>Au cours des 5 dernières années</b> , avez-vous eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
50	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
51a	<b>Au cours des 21 derniers jours</b> , 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 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
51b	<b>Au cours des 21 derniers jours</b> , 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 précédents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
52	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
53a	Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec une personne qui est née ou a vécu en Afrique centrale ou en Afrique de l'Ouest? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
53b	<b>Si oui</b> , quand ces relations ont-elles eu lieu? (aaaa/mm) _____
54	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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 48b à 53a? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
55	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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
56	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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
57	<b>Au cours des 12 derniers mois</b> , 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
58a	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
58b	<b>Si oui</b> , veuillez indiquer le nom de l'établissement : _____ Ville : _____
58c	Si oui, les instruments et l'encre utilisés étaient-ils contaminés ou partagés ou a-t-on employé des instruments non stériles? <input type="checkbox"/> Oui, il est possible qu'ils aient été contaminés, partagés ou non stériles <input type="checkbox"/> Non, ils étaient stériles, non contaminés et non partagés <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
59	 <b>Question destinée aux femmes</b> : 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas
60	 <b>Question destinée aux hommes</b> : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles, ne serait-ce qu'une seule fois, avec un autre homme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas

## Questions sur vos voyages antérieurs

- 61 Avez-vous déjà vécu à l'extérieur du Canada pendant plus d'un mois?  Oui  Non
- 62 Au cours **des 6 derniers mois**, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada?  Oui  Non
- 63 Au cours **des 6 derniers mois**, avez-vous voyagé à l'intérieur du Canada?  Oui  Non
- 64 **Si vous avez répondu Oui** à la question 61, 62 ou 63, veuillez indiquer les endroits où vous avez vécu ou voyagé, ainsi que les dates de retour (aaaa/mm).

---

---

---

---

- 65a 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
- 65b **Si oui, où**, quand et pendant combien de temps?

---

---

---

---

66 Avez-vous déjà été exposé à une des maladies suivantes reliées aux voyages ou reçu un tel diagnostic ou été présumé atteint de l'une de ces maladies?

Si vous avez répondu Oui à l'un des éléments de la question 66, veuillez donner des détails :

- |  |   |
|--|---|
| a. Virus du Nil occidental   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| b. Paludisme/malaria (ou prise de médicaments antipaludiques)  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| c. Maladie de Chagas (infection parasitaire transmise par un insecte)  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| d. Babésiose   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| e. Leishmaniose  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| f. Virus Zika  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| g. 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas _____ |
| h. Autre maladie liée aux voyages?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____   |

## Questions sur vos antécédents familiaux

67a Avez-vous des enfants?  Oui  Non

67b **Si oui**, combien? \_\_\_\_\_ Quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

67c Ont-ils des problèmes de santé? (Si oui, donnez des précisions à la question 69.)  Oui  Non

68a Avez-vous des frères et soeurs?  Oui  Non

68b **Si oui**, combien? \_\_\_\_\_ Quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

68c Ont-ils des problèmes de santé? (Si oui, donnez des précisions à la question 69.)  Oui  Non

69 Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà reçu un diagnostic ou été traité pour un des troubles suivants?

Si vous avez répondu Oui à l'un des éléments de la question 69, veuillez fournir des détails et préciser de quel membre de la famille il s'agit :

a. Maladie cardiaque

Oui  Non \_\_\_\_\_

b. Diabète

Oui  Non \_\_\_\_\_

c. Accident vasculaire cérébral

Oui  Non \_\_\_\_\_

d. Cancer

Oui  Non \_\_\_\_\_

e. Maladie rénale ou calculs rénaux

Oui  Non \_\_\_\_\_

f. Maladie du foie

Oui  Non \_\_\_\_\_

g. Troubles de la coagulation

Oui  Non \_\_\_\_\_

h. Tuberculose (TB)

Oui  Non \_\_\_\_\_

i. Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ ou maladie de la vache folle) ou toute autre maladie à prion

Oui  Non \_\_\_\_\_

j. Autres maladies importantes?

Oui  Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70a. Avez-vous une raison de croire que vous ne devriez pas faire un don d'organe?  Oui  Non

70b **Si oui**, aucune explication n'est nécessaire.

71a. 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

71b **Si oui**, de quelles questions s'agit-il?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)

72 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

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

---

---

---

**Si oui**, le représentant du 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 potentielg

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)





- Civique
- Général
- Riverside
- IC
- LCR
- CRC

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

no arak. méd.

nom

prénom

no assurance-maladie

d.d.a.

sexe

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 du 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 <b>X</b>	Signature <b>X</b>	Date (aaaa/mm/jj) <b>X</b>
Nom du témoin <b>X</b>	Signature <b>X</b>	Date (aaaa/mm/jj) <b>X</b>

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