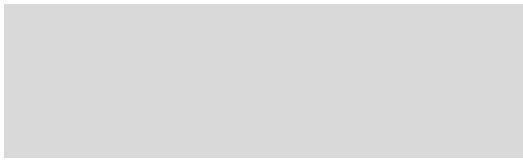


Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



Bonjour,

Veillez remplir le formulaire de divulgation et le questionnaire ci-après, et les retourner à l'adresse suivante :

**Programme de don vivant**

--	--

Le questionnaire qui suit doit être rempli pour deux raisons : respecter les règlements de Santé Canada sur le don d'organes et de tissus, et satisfaire aux normes établies par le programme de votre hôpital pour évaluer les candidates et candidats au don. Pour que le don soit le plus sûr possible pour vous et pour la personne à qui vous donnerez un rein, nous devons vous poser des 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.

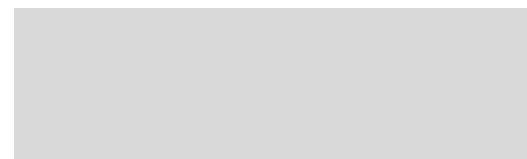
Répondez à toutes les questions du mieux que vous le pouvez. Si vous n'êtes pas en mesure de remplir le questionnaire vous-même, la personne qui le fait pour vous doit expliquer pourquoi à la question 67a.

Les renseignements recueillis demeureront confidentiels et ne serviront qu'à évaluer votre admissibilité au don de rein vivant.

Pour toute question, veuillez communiquer avec :

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



## Renseignements personnels

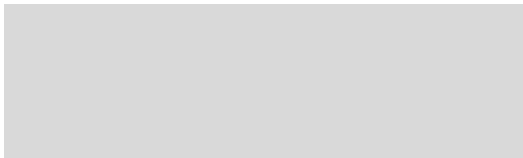
Prénom (tel qu'inscrit sur votre carte santé) :	Deuxième prénom :	Nom (tel qu'inscrit sur votre carte santé) :
Nom usuel :	Pronoms (p. ex. elle, il, iel) :	Date de naissance : _____/_____/_____ aaaa mm jj
Numéro d'assurance maladie :	Province de résidence :	Date d'expiration de la carte d'assurance maladie, le cas échéant : _____/_____/_____ aaaa mm jj
Assurance de votre employeur, assurance privée ou autre type de couverture maladie :		
Poids (kg) :	Taille (cm) :	Réservé à l'administration — IMC :
Groupe sanguin ABO, si connu :	Ethnicité :	Langue préférée :
Pays de naissance :	Langue(s) parlée(s)/écrite(s) :	
Adresse postale (domicile) :		
Téléphone (domicile/cellulaire) :		Téléphone (travail) :
Adresse courriel* :		
Méthode de communication préférée :	Courriel* <input type="checkbox"/>	Téléphone <input type="checkbox"/>
Meilleur moment pour vous contacter :	Matin <input type="checkbox"/>	Après-midi <input type="checkbox"/>

\* Le courriel n'est pas une méthode de communication qu'utilisent tous les programmes. Veuillez vérifier auprès de votre programme.

Nom du ou de la prestataire de soins primaires :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



## FORMULAIRE DE DIVULGATION

**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 décédé, à ses héritiers ou à tout autre tiers en échange de CTO (cellules, tissus ou organes).  
 Source : CAN/CSA-Z900.1, article 11, *Indemnisation*

Je, \_\_\_\_\_, ai lu les énoncés ci-dessus.  
 Nom (en caractères d'imprimerie)

Je reconnais et je comprends que le commerce des organes est illégal dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Seul le remboursement des dépenses acceptables liées au don 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 de la candidate ou du candidat au don      Signature      Date      aaaa      mm      jj  
 (en caractères d'imprimerie)

### Témoin

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nom      Signature      Date      aaaa      mm      jj  
 (en caractères d'imprimerie)

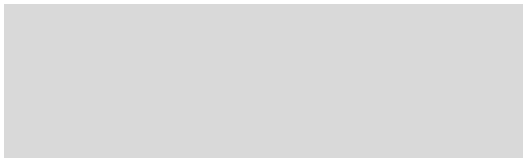
Lien avec le témoin (*NE PEUT PAS être la personne à qui est destiné le rein*) \_\_\_\_\_

### Si des services de traduction sont utilisés :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nom de la traductrice ou du traducteur      Signature      Date      aaaa      mm      jj  
 (en caractères d'imprimerie)

Lien avec la traductrice ou le traducteur  
 (*NE PEUT PAS être la personne à qui est destiné le rein*) \_\_\_\_\_

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**SI VOUS REMPLISSEZ LE FORMULAIRE À LA MAIN, UTILISEZ UN STYLO (bleu ou noir). N'utilisez pas de crayon de plomb. Répondez à toutes les questions.**

**Vous pourrez indiquer des commentaires sur n'importe quelle question dans la case 67, à la fin du questionnaire. S'il y a des questions que vous n'avez pas bien comprises ou auxquelles vous ne savez pas quoi répondre, vous pourrez le préciser à la question 66. L'infirmière ou l'infirmier responsable communiquera avec vous.**

**Questions générales sur le don**

1 Y a-t-il une personne en particulier à qui vous voulez donner votre rein?  
(Si non, allez à la question 2.)  Oui  Non

1a. Si oui, quel est son nom?  
\_\_\_\_\_

1b. Si oui, quel est votre lien avec cette personne?  
\_\_\_\_\_

1c. Cette personne vit-elle dans une province différente de la vôtre?  Oui  Non

1d. Si oui, quelle est sa province de résidence?  
\_\_\_\_\_

1e. Si cette personne recevait un rein de quelqu'un d'autre, souhaiteriez-vous être informé-e d'autres possibilités de don de rein?  Oui  Non

**Toutes les candidates et tous les candidats au don**

2 Avez-vous dit aux personnes suivantes que vous souhaitiez donner l'un de vos reins? (Cochez toutes les réponses applicables.)

La personne à qui vous souhaitez faire le don	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre famille ou un-e ami-e	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre prestataire de soins primaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

3 Est-ce que quelqu'un a exprimé des craintes par rapport à votre désir de faire don d'un rein?  Oui  Non

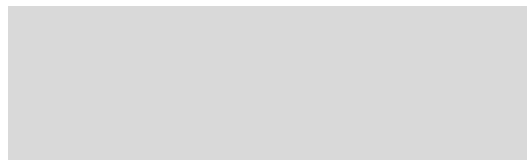
3a. Si oui, veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_

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

5 Comment avez-vous entendu parler du programme de don de rein de personnes vivantes?

Personne à qui le rein est destiné	<input type="checkbox"/>
Prestataire de soins primaires	<input type="checkbox"/>
Séance d'information pour les patients	<input type="checkbox"/>
Médias – journal, radio, Facebook, Instagram, etc. (veuillez préciser)	_____
Site Web (lequel?)	_____
Autre (veuillez préciser) : _____	

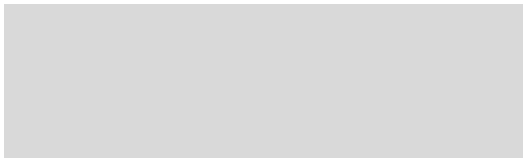
Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



Toutes les candidates et tous les candidats au don	
6	Quel type de travail faites-vous?
7	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? Commentaires :
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Si, au cours de l'opération ou de votre rétablissement, vous aviez besoin de produits sanguins, accepteriez-vous de recevoir une transfusion?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Avez-vous une personne significative qui peut vous offrir du soutien?
9a.	<b>Si oui</b> , quel est votre lien avec cette personne?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Êtes-vous le principal soutien de votre ménage ou de votre famille?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Questions générales sur votre santé	
11	Avez-vous déjà subi une évaluation pour faire un don de cellules, d'organes ou de tissus?
11a.	<b>Si oui</b> , quand et où avez-vous subi cette évaluation? Date : ____ / ____ / ____ Type de don : _____ Lieu : _____ aaaa mm jj
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11b.	Avez-vous donné des cellules, organes ou tissus?
11c.	<b>Si oui</b> , où avez-vous fait votre don?
11d.	<b>Si non</b> , pourquoi le don n'a-t-il pas eu lieu?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Vous a-t-on déjà refusé à une collecte de sang ou vous a-t-on demandé de ne pas donner de sang?
12a.	<b>Si oui</b> , pourquoi?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12b.	<b>Si oui</b> , quand cela s'est-il produit? Date : ____ / ____ / ____ aaaa mm jj
13	Comment évaluez-vous votre état de santé? <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Mauvais
14	Lorsque vous montez un escalier sur deux étages, ressentez-vous une douleur à la poitrine ou êtes-vous à bout de souffle?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Questions générales sur votre santé**

15 Faites-vous de l'exercice?  Oui  Non

15a. **Si oui**, décrivez les activités physiques que vous pratiquez :

16 Consultez-vous un-e prestataire de soins primaires ou un-e spécialiste pour un problème de santé quelconque?  Oui  Non

16a. **Si oui**, veuillez préciser :

Nom du ou de la prestataire de soins primaires ou du ou de la spécialiste :

Raison des consultations :

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

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

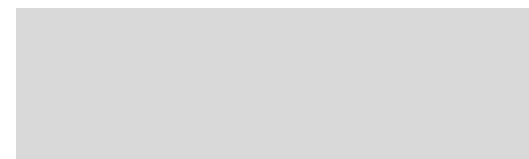
18 Avez-vous déjà été hospitalisé-e?  Oui  Non

19 Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale?  Oui  Non

Si vous avez répondu **oui** à la question 17, 18 ou 19, veuillez donner des détails (date, maladie ou opération, raison de l'admission à l'hôpital, prestataire de soins primaires ou spécialiste, hôpital).

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Questions générales sur votre santé**

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

20a. **Si oui**, veuillez énumérer ci-dessous tous les médicaments que vous prenez ainsi que la raison :

Nom et dose du médicament (le cas échéant)	Fréquence et raison

21 Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments par voie orale (par la bouche) pour prévenir le VIH?  Oui  Non

21a. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu un médicament par injection pour prévenir le VIH?  Oui  Non

22 Avez-vous des allergies (piqûres d'abeilles/guêpes, arachides, fruits de mer, médicaments, latex, etc.)?  Oui  Non

22a. **Si oui**, précisez ce à quoi vous êtes allergique et la façon dont vous réagissez (difficultés respiratoires graves, éruption cutanée, choc anaphylactique, etc.).

Allergie	Réaction

22b. Avez-vous toujours un EpiPen avec vous?  Oui  Non

23 Avez-vous déjà eu une réaction indésirable à une anesthésie?  Oui  Non

23a. **Si oui**, précisez le type de réaction et le traitement que vous avez reçu :

24 Souffrez-vous actuellement d'une infection (bactérienne, virale ou fongique)?  Oui  Non

24a. **Si oui**, précisez le type d'infection et le traitement que vous suivez :

--

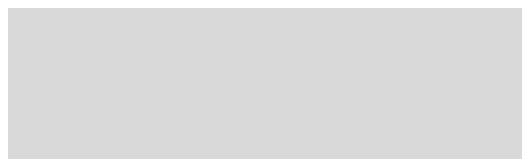
**Questions générales sur votre santé**

25	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou un traitement pour l'un des problèmes de santé suivants?	Si vous répondez <b>Oui</b> ou ne savez pas quoi répondre à l'une de ces questions, veuillez fournir des détails.				
a.	Maladie cardiaque, arythmie 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 (peau, leucémie, lymphome ou autre)	<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	

**Questions générales sur votre santé**

25 (suite)	<b>Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou un traitement pour l'un des problèmes de santé suivants?</b>	<b>Si vous répondez Oui ou ne savez pas quoi répondre à l'une de ces questions, veuillez préciser.</b>		
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 maladie neurologique dégénérative d'origine virale ou d'étiologie inconnue, y compris, sans s'y limiter, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la panencéphalite sclérosante subaiguë, la leucoencéphalite multifocale progressive, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)	<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 encéphalopathie spongiforme bovine/ESB), ou toute autre maladie à prions	<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. Rage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, comment l'a-t-on confirmé?		
x. Morsure ou égratignure par un animal au cours des 6 derniers mois (chauve-souris, mouffette, chien ou autre animal)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, par quel animal avez-vous été mordu-e?		
y. Avez-vous reçu un traitement contre la rage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel traitement avez-vous reçu?		

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



	z. 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.	
--	---	--

**Questions générales sur votre santé**

26	Avez-vous reçu un vaccin ou une injection (piqûre), pour quelque raison que ce soit, au cours des <b>8 dernières semaines?</b>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
----	--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

26a. **Si oui**, précisez le type de vaccin ou d'injection et la raison:

27	Tuberculose (TB)				
<b>Avez-vous déjà :</b>					
	a. subi un test de dépistage de la TB? Si oui, veuillez donner des précisions ci-dessous (section h).	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	b. reçu un diagnostic de TB?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	c. obtenu un résultat positif à un test cutané ou sanguin pour la TB?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	d. reçu un traitement contre la TB?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	e. reçu un vaccin contre la TB?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	f. été exposé-e à une personne atteinte d'une TB active?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	g. vécu ou travaillé dans une région à forte incidence de TB?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	h. <b>Si vous avez répondu Oui</b> ou ne savez pas quoi répondre à une question sur la TB, veuillez préciser :				

28	Avez-vous déjà souffert d'un trouble psychiatrique ou émotionnel?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
----	---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

29	Avez-vous déjà consulté un-e spécialiste en santé mentale ou en consultez-vous un-e à l'heure actuelle?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
----	---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

30	Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit des antidépresseurs, des anxiolytiques, des analgésiques ou d'autres médicaments similaires?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
----	---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

**Si vous avez répondu Oui** à la question 28, 29 ou 30, veuillez préciser :

31	<b>Avez-vous déjà reçu l'un des traitements suivants?</b>					<b>Si vous répondez Oui</b> à l'un des éléments ci-dessous, veuillez préciser quand et dans quel pays.	
	a. hormone de croissance humaine	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date (aaaa/mm/jj) :	Pays :
	b. greffe d'organe ou de tissus (p. ex. os, cornée, peau, rein, foie, poumon)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date (aaaa/mm/jj) :	Pays :

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



	c. greffe de tissus de la dure-mère (tissus cérébraux ou rachidiens)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date (aaaa/mm/jj) :	Pays :
	d. injection d'insuline d'origine bovine (depuis 1980)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date (aaaa/mm/jj) :	Pays :

**Questions générales sur votre santé**

31 (suite)	e. une transfusion de sang ou d'autres produits sanguins (plaquettes, plasma frais congelé, fibrinogène, etc.) ou une injection intraveineuse	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date (aaaa/mm/jj) :	Pays :
		Raison?					

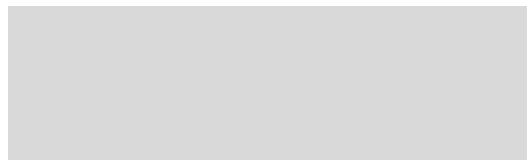
**Section réservée aux femmes (sexe biologique à la naissance)**

Sans objet

32	Avez-vous déjà passé un test Pap? ( <b>Si non</b> , allez à la question 33.)					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
32a.	Quand avez-vous passé votre dernier test Pap? / ____ / ____ / ____					aaaa mm jj			
32b.	Avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un test Pap?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
32c.	<b>Si oui</b> , veuillez expliquer :								
33	Avez-vous déjà passé une mammographie? ( <b>Si non</b> , allez à la question 34.)					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
33a.	<b>Si oui</b> , quand avez-vous passé votre dernière mammographie?					aaaa mm jj			
33b.	Avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à une mammographie?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
33c.	<b>Si oui</b> , veuillez expliquer :								
34	Avez-vous déjà été enceinte? ( <b>Si non</b> , allez à la question 35.)					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
34a.	<b>Si oui</b> , combien de fois?		Grossesses	<input type="checkbox"/>	Fausses couches	<input type="checkbox"/>	Avortements	<input type="checkbox"/>	
34b.	<b>Si oui</b> , avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète gestationnel (diabète de grossesse)?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
34c.	<b>Si oui</b> , précisez le traitement reçu pour le diabète de grossesse :								
34d.	Avez-vous eu des épisodes de pression artérielle élevée pendant la grossesse?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
34e.	<b>Si oui</b> , précisez le traitement reçu :								
35	Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de tomber enceinte?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
36	Prévoyez-vous une ou des grossesses futures?					<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



36a. **Si oui**, veuillez préciser vos intentions quant à de futures grossesses?

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

37 Avez-vous déjà subi un toucher rectal pour la prostate?  **Oui**  **Non**

37a. **Si oui**, à quand remonte le dernier toucher rectal?  
 aaaa / mm / jj

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

38a. **Si oui**, à quand remonte votre dernier test d'APS?  
 aaaa / mm / jj

39 Avez-vous déjà obtenu un résultat anormal à un examen par toucher rectal ou à un test d'APS?  **Oui**  **Non**

39a. **Si oui**, veuillez expliquer :

**Toutes les candidates et tous les candidats au don – Questions sur vos antécédents personnels**

*La section suivante aborde des questions délicates et personnelles. Notre programme aimerait vous rappeler que nous sommes tenus par la loi de poser ces questions à toutes les candidates et à tous les candidats au don.*

**Questions sur la consommation de tabac :**

40 Fumez-vous du tabac?  **Oui**  **Non**

40a. **Si oui**, depuis combien de temps?

40b. **Si oui**, quelle quantité fumez-vous?

40c. **Sinon**, avez-vous déjà fumé?  **Oui**  **Non**

40d. **Si vous avez déjà fumé**, quelle quantité fumiez-vous?

40e. **Si vous avez déjà fumé**, pendant combien de temps avez-vous fait usage de tabac?

40f. **Si vous avez déjà fumé**, quand avez-vous cessé?  
 aaaa / mm / jj

**Questions sur la consommation d'alcool :**

41 Consommez-vous de l'alcool?  **Oui**  **Non**

41a. **Si oui**, à quelle fréquence?

41b. **Si oui à la question 41**, quelle quantité consommez-vous?

41c. **Si non**, consommiez-vous de l'alcool avant?  **Oui**  **Non**

41d. **Si vous en consommiez avant**, quelle quantité buviez-vous?

41e. **Si vous buviez de l'alcool avant**, pendant combien de temps en avez-vous consommé?

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :

41f. **Si vous buviez de l'alcool avant**, quand avez-vous cessé d'en consommer?

aaaa / mm / jj

**Toutes les candidates et tous les candidats au don – Questions sur vos antécédents personnels**  
 La section suivante aborde des questions délicates et personnelles. Notre programme aimerait vous rappeler que nous sommes tenus par la loi de poser ces questions à toutes les candidates et à tous les candidats au don.

**Questions sur la consommation de cannabis**

42. Consommez-vous du cannabis?  Oui  Non

42a. **Si oui**, de quelle façon le consommez-vous (inhalation [en le fumant], ingestion [consommation orale ou sublinguale] ou usage topique)? \_\_\_\_\_

42b. **Si oui**, à quelle fréquence? \_\_\_\_\_

42c. **Si non**, avez-vous déjà consommé du cannabis?  Oui  Non

42d. **Si vous en consommiez avant**, quelle quantité consommiez-vous? \_\_\_\_\_

42e. **Si vous en consommiez avant**, pendant combien de temps en avez-vous consommé? \_\_\_\_\_

42f. **Si vous en consommiez avant**, quand avez-vous cessé d'en consommer?

aaaa / mm / jj

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

43a. **Si oui**, de quelle(s) drogue(s) s'agit-il et pendant combien de temps en avez-vous consommé? \_\_\_\_\_

44. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous consommé des drogues par voie intranasale (sniffé de la drogue) pour des motifs non médicaux?  Oui  Non

45. **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous utilisé une aiguille pour vous injecter des drogues dans les veines, un muscle ou sous la peau pour des motifs autres que médicaux?  Oui  Non

46. **Au cours des 3 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 autres que médicaux?  Oui  Non

47. Prenez-vous des médicaments prescrits à d'autres personnes ou faites-vous un usage abusif de médicaments prescrits ou en vente libre?  Oui  Non

47a. **Si oui**, de quels médicaments s'agit-il et pendant combien de temps en avez-vous consommé? \_\_\_\_\_

48. **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous eu un nouveau ou une nouvelle partenaire sexuelle avec qui vous avez eu des relations anales?  Oui  Non

48a. **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous eu plus d'un ou d'une partenaire sexuelle avec qui vous avez eu des relations anales?  Oui  Non

49. **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?  Oui  Non

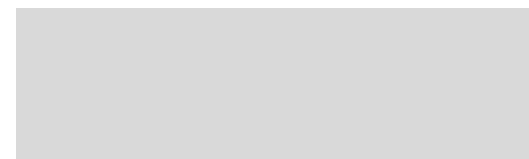
49a. **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne ayant eu des relations en échange d'argent ou de drogues?  Oui  Non

50. **Au cours des 3 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?  Oui  Non

51. **Au cours des 3 derniers mois**, 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 46, 48, 48a, 49a et 50?  Oui  Non

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



52 **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous été incarcéré·e dans une prison, un pénitencier ou un centre de détention pour jeunes contrevenants pendant plus de 72 heures consécutives?  Oui  Non

53 **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous été exposé·e au sang d'une personne infectée ou présumée infectée par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou du VIH, ou par le sida parce que vous avez été piqué·e 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?  Oui  Non

**Toutes les candidates et tous les candidats au don – Questions sur vos antécédents personnels**  
*La section suivante aborde des questions délicates et personnelles. Notre programme aimerait vous rappeler que nous sommes tenus par la loi de poser ces questions à toutes les candidates et à tous les candidats au don.*

54 **Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous eu un contact étroit\* avec une personne atteinte d'une jaunisse ou d'une hépatite B ou C cliniquement active (c'est-à-dire que la personne éprouve des symptômes)? (\*P. ex. avez-vous partagé régulièrement la cuisine et la salle de bain de cette personne?)  Oui  Non

55 **Au cours des 3 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?  Oui  Non

55a. **Si oui**, veuillez indiquer le nom de l'établissement, la ville, le type de procédure et s'il y a un risque que le matériel utilisé (y compris l'encre) ait été contaminé, partagé ou non stérilisé.

Établissement	Ville	Procédure	Oui, risque de contamination, de partage ou de non-stérilisation	Non, aucun risque de contamination, de partage ou de non-stérilisation	Incertain·e
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Questions sur vos antécédents de voyage**

56 Avez-vous déjà vécu à l'extérieur du Canada et des États-Unis?  Oui  Non

57 Avez-vous déjà voyagé à l'extérieur du Canada et des États-Unis?  Oui  Non

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

59 **Si vous avez répondu Oui aux questions 56 et 57**, veuillez indiquer les endroits où vous avez vécu ou voyagé, ainsi que les dates de retour (aaaa/mm) :

**Questions sur vos antécédents de voyage**

60	<b>Concernant les maladies suivantes liées aux voyages, y avez-vous déjà été exposé·e, vous en a-t-on déjà confirmé le diagnostic ou vous en a-t-on déjà présumé·e atteint·e?</b>	<b>Si vous répondez Oui</b> ou ne savez pas quoi répondre pour l'une de ces maladies, veuillez préciser :			
	a. Virus du Nil occidental	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	b. Paludisme/malaria (ou prise de médicaments antipaludiques)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	c. Maladie de Chagas	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	d. Babésiose	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	e. Leishmaniose	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	f. Ebola	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	g. Strongyloïdose	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	h. Dengue	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	i. Virus Zika	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	j. Avez-vous éprouvé des symptômes de type grippal dans les 2 semaines suivant votre départ d'une zone où il y a un risque de Zika?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	k. Autre(s) maladie(s) liée(s) aux voyages?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

**Questions sur les antécédents familiaux**

61	Avez-vous des enfants?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
61a.	<b>Si oui</b> , combien?	Âge :			
61b.	Ont-ils des problèmes de santé? <b>Si oui</b> , donnez des précisions à la question 63.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
62	Avez-vous des frères et sœurs?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
62a.	<b>Si oui</b> , combien?	Âge :			
62b.	Ont-ils des problèmes de santé? <b>Si oui</b> , donnez des précisions ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Questions sur les antécédents familiaux**

63	<b>Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà reçu un diagnostic ou été traité pour un des problèmes de santé suivants?</b>	<b>Si vous répondez Oui ou ne savez pas quoi répondre pour l'un d'eux, veuillez préciser :</b>				
	a. Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	b. Diabète	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	c. Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	d. Cancer	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	e. Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	f. Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	g. Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	h. Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	i. Tuberculose (TB)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	j. Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ou toute autre maladie à prions	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
	k. Autre(s) maladie(s) importante(s)?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	

**Cette section est réservée au programme local; elle n'est pas requise pour la participation au Programme de don croisé de rein.**

	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

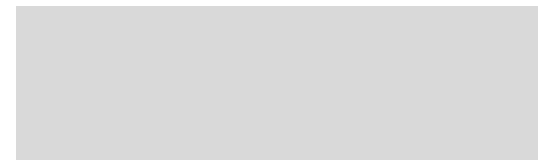
--

--

--

N° du document à l'interne :

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Questions supplémentaires**

64 **Avez-vous une raison de croire que vous ne devriez pas faire de don d'organe?**  Oui  Non

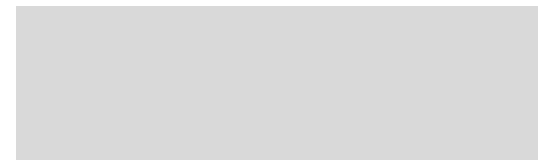
64a **Si oui**, veuillez expliquer :

65 **Y a-t-il des questions dont vous n'étiez pas sûr·e du sens ou de la réponse à donner?**  Oui  Non

65a. **Si oui**, laquelle ou lesquelles?

66 Indiquez ci-dessous les renseignements, questions ou commentaires supplémentaires dont vous aimeriez nous faire part. Le cas échéant, veuillez préciser la question à laquelle vous faites référence.

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Toutes les candidates et tous les candidats au don**

**Signature de la candidate ou du candidat au don**

_____ Nom (en caractères d'imprimerie)	_____ Signature	_____ Date (aaaa/mm/jj)
--	--------------------	----------------------------

67. Le présent questionnaire a-t-il été rempli par une personne autre que la candidate ou le candidat au don?  **Oui**  **Non**

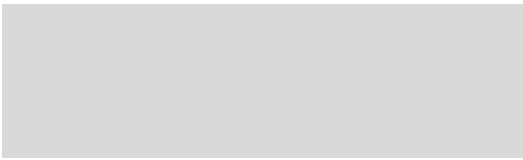
67a. **Si oui, pourquoi** a-t-il été rempli par une autre personne?

67b. **Si oui**, la personne qui a rempli le formulaire pour la candidate ou le candidat au don doit signer ci-dessous :

_____ Nom (en caractères d'imprimerie)	_____ Signature	_____ Date (aaaa/mm/jj)
--	--------------------	----------------------------

--

Réservé à l'administration	
ID du donneur à l'interne :	ID du donneur dans le RCT :



**Réservé à l'administration**  
**Commentaires/suivi**

Questionnaire examiné et/ou entretien mené par : \_\_\_\_\_  
*(nom complet en caractères d'imprimerie)*

Signature : \_\_\_\_\_

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

--

## 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. Feuille 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 comprehensive 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'informerá 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 (statut)	Date
--	--------------------	------

Nom du traducteur en lettres moulées	Signature	Date
---	-----------	------



L'Hôpital  
d'Ottawa

- Civic       IC  
 Général     LCR  
 Riverside    CRC

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

no arch. méd.

nom

prénom

no assurance-maladie

d.d.n.

sexe

INFORMATION À ÊTRE     Copie papier     Disque compact     En Ligne

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

L'hôpital d'Ottawa - Dons de rein de personnes vivantes

FAX 613-738-8403

**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 de 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/jj)

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

Nom du témoin      Signature      Date (aaaa/mm/jj)

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

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 :

**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 <b>signer à la page 4</b> (votre témoin ne peut pas être le bénéficiaire prévu de votre don). Assurer vous que la date de votre signature est la même que votre témoin.</li> <li>• Vérifiez que vous avez signé les <b>deux</b> 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 <a href="mailto:LivingKidneyDonor@toh.ca">LivingKidneyDonor@toh.ca</a>, 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> Complétez la présentation PowerPoint de la séance d'apprentissage autonome.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois l'Étape 1 complétée, le commis aux donneurs vous enverra par courriel une présentation PowerPoint d'apprentissage autonome ainsi qu'un formulaire de révision à remplir.</li> <li>• <b>Vous pouvez compléter ceux-ci avant de passer vos tests de laboratoire (Étape 3), si vous le souhaitez.</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ÉTAPE 5 :</b> Communiquez par téléphone ou par courriel avec le Programme</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 <a href="mailto:LivingKidneyDonor@toh.ca">LivingKidneyDonor@toh.ca</a>).</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

d'évaluation des donneurs		
------------------------------	--	--