FORMULAIRE IDENTIFICATION D'UNE DONNEUSE OU D'UN DONNEUR POTENTIEL DE TISSUS HUMAINS **EN CONTEXTE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)**

Nom	Prénom
Date de naissance jj-mm-aaaa	
Numéro RAMQ	

1. IDENTIFIER la donneuse ou le donneur potentiel (établissement ou domicile)

Présence d'un critère d'exclusion

	Oui	Non
86 ans et plus	☐	☐
VIH, VHB ou VHC	☐	☐
Infection systémique active et non traitée	☐	☐
Cancer sanguin (lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin, myélome multiple)	☐	☐
Alzheimer, Parkinson, démence d'étiologie inconnue	☐	☐
Sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques	☐	☐

Si oui, fin du processus d'identification

2. RECOMMANDER la donneuse ou le donneur potentiel

Vérifications d'usage par la professionnelle ou le professionnel de la santé

☐ LA PERSONNE SOUHAITE ÊTRE UNE DONNEUSE OU UN DONNEUR DE TISSUS HUMAINS À SON DÉCÈS

Date prévue de l'AMM jj-mm-aaaa	☐ En établissement : (Indiquer le nom)
Heure	☐ Au domicile
☐ Date et heure indéterminées	☐ Lieu indéterminé

La personne a déjà subi une chirurgie de la cataracte : ☐ Oui ☐ Non

☐ LA PERSONNE CONSENT À CE QUE JE TRANSMETTE SON ADRESSE, SES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES ET LES INFORMATIONS MÉDICALES CONNUES SUR SON ÉTAT DE SANTÉ À HÉMA-QUÉBEC :

Téléphone	Diagnostic motivant l'AMM :		
Moment privilégié pour joindre la personne (facultatif) : ☐ AM ☐ PM ☐ EN SOIRÉE		Date jj-mm-aaaa	Heure

☐ LA PERSONNE DÉSIGNÉE POUR FAIRE LA DÉMARCHE AVEC HÉMA-QUÉBEC (FACULTATIF)

Nom	Téléphone
Lien avec donneuse ou le donneur potentiel (optionnel)	Moment privilégié pour joindre la personne (facultatif) : ☐ AM ☐ PM ☐ EN SOIRÉE

La donneuse ou le donneur potentiel est avisé qu'Héma-Québec l'appelera dans les sept jours précédant la date prévue de l'AMM afin de lui donner les explications d'usage, d'enregistrer son consentement et de remplir un questionnaire médical et social.

Il est possible que l'AMM soit planifiée dans un court délai (moins de sept jours). Il se peut aussi que la donneuse ou le donneur potentiel consente au don, mais ne souhaite pas poursuivre l'ensemble des étapes avant l'AMM. Dans ces deux cas, il est tout de même possible de faire la recommandation à Héma-Québec. La coordonnatrice ou le coordonnateur vous guidera en tenant compte des volontés de la donneuse ou du donneur potentiel.

3. TRANSMETTRE les informations sur la donneuse ou le donneur potentiel

Transmission du formulaire

Acheminer le formulaire rempli et le sommaire des antécédents médicaux à Héma-Québec :
Courriel : **coordonnateurs.th@hema-quebec.qc.ca**
Télécopieur : **418 780-2097**

Pour parler avec une coordonnatrice ou un coordonnateur d'Héma-Québec, veuillez appeler au numéro suivant :

1 888 366-7338, option 2 (entre 6 h et minuit, 7 jours sur 7).

SECTION RÉSERVÉE À LA PROFESSIONNELLE OU AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Coordonnées de la professionnelle ou du professionnel de la santé :

☐ Téléphone	☐ Télécopieur	☐ Courriel	
Nom de la professionnelle ou du professionnel (optionnel)		Numéro de permis	☐ MD ☐ INF
Signature de la professionnelle ou du professionnel (optionnelle)		Date jj-mm-aaaa	

SECTION RÉSERVÉE À HÉMA-QUÉBEC

Suivant l'évaluation de l'admissibilité de la donneuse ou du donneur potentiel au don de tissus humains, la personne est jugée :

☐ Admissible ☐ Non admissible ☐ Personne avisée ☐ Personne non avisée

Nom de la coordonnatrice ou du coordonnateur d'Héma-Québec	
Signature	Date jj-mm-aaaa

Héma-Québec retournera le présent formulaire à la professionnelle ou au professionnel de la santé ayant procédé à la référence.

Héma Québec