

**AUTORISATION
POUR LE DON D'ORGANES
APRÈS DÉCÈS
CARDIOCIRCULATOIRE**

Je _____ ,
Nom du signataire de l'autorisation

Qualité du signataire (tel que la loi le prévoit : mandataire, tuteur, curateur, conjoint (marié, de fait ou en union civile), proche parent ou toute personne qui démontre un intérêt particulier pour le patient)

de _____
Nom du patient (donneur potentiel)

autorise les différentes équipes à procéder au prélèvement des organes à des fins de transplantation.

Autorisation au don et au prélèvement d'organes

Apposer vos initiales vis-à-vis les organes **POUVANT ÊTRE PRÉLEVÉS** à des fins de transplantation.

POUMONS : _____ FOIE (incluant les vaisseaux) : _____ PANCRÉAS (incluant les vaisseaux) : _____
REINS : _____ VAISSEAUX SANGUINS pour transplantation : _____

J'autorise Transplant Québec en collaboration avec le centre hospitalier et les professionnels de la santé impliqués à procéder à l'évaluation médicale du patient (donneur potentiel) afin de déterminer son éligibilité au don d'organes après décès cardiocirculatoire, à coordonner et à réaliser le processus de don selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

Aux mêmes fins, j'autorise le directeur des services professionnels et les professionnels de la santé de l'établissement à transmettre à Transplant Québec toutes les informations médicales nécessaires concernant le patient (donneur potentiel) et j'autorise Transplant Québec à consulter tous les dossiers médicaux du patient.

J'autorise les procédures suivantes avant le décès :

- Le prélèvement sanguin nécessaire aux différents tests qui détermineront l'admissibilité du donneur potentiel et la compatibilité tissulaire avec les receveurs potentiels.
- Le prélèvement sanguin nécessaire à la recherche d'agents infectieux (p. ex. le VIH (ou précurseur du VIH : p24), de certains cancers (p. ex. : lymphomes et leucémies) (HTLV), les sérologies d'hépatites B et C, la syphilis (VDRL) et la conservation d'échantillons sanguins pour analyse ultérieure, si nécessaire.
- Les examens de diagnostic, de laboratoire et d'imagerie médicale pour déterminer l'éligibilité des organes aux fins de la transplantation.
- L'administration au patient (donneur potentiel) d'héparine ou tout autre médicament nécessaire à l'optimisation des organes à transplanter et ce, avant le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales. Pour ce qui est de l'héparine, cette médication ne peut être donnée si le patient a un saignement actif diagnostiqué ou présumé.

Je comprends que les informations reliées aux tests seront tenues confidentielles selon les lois en vigueur. Toutefois, les résultats seront transmis aux autorités de santé publique s'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire.

Si des résultats doivent être transmis à la famille ou aux proches du donneur, veuillez transmettre ces résultats à :

[Nom et prénom du médecin de famille ou du médecin des proches (facultatif)] _____

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE :

- L'équipe médicale traitante (et non l'équipe impliquée dans le prélèvement et la transplantation) est notamment responsable de l'établissement du pronostic du patient, des discussions et décisions entourant le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales, des traitements de confort et du constat du décès. Ces étapes respectent les standards définis dans le protocole de don d'organes après décès cardiocirculatoire (proposé par Transplant Québec) et en vigueur dans l'établissement.
- Le constat du décès cardiocirculatoire est effectué par deux (2) médecins qui ne participent ni au prélèvement ni à la transplantation et il est établi en l'absence de respiration, d'arrêt de la circulation et du pouls après l'arrêt du respirateur artificiel. L'option du don doit être offerte AVANT le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales et seulement APRÈS que la famille ait pris la décision de l'arrêt de traitement.
- Pour de plus amples renseignements, un dépliant intitulé « Comprendre le don d'organes après le décès » est disponible en format papier ou sur Internet au <http://www.transplantquebec.ca>.

AUTORISATION POUR LE DON D'ORGANES APRÈS DÉCÈS CARDIOCIRCULATOIRE

J'autorise, si nécessaire, le transfert du patient (donneur potentiel) vers un centre (établissement) de prélèvement d'organes.

Je comprends que la période de temps entre le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales et le décès est variable et que si elle se prolonge, il peut être impossible de procéder au prélèvement des organes. Le cas échéant, le don d'organes ne pourra être réalisé. Le patient sera alors transféré dans une unité de soins pour recevoir les soins de fin de vie.

Je certifie que :

- J'ai lu seul ou avec aide et je comprends le présent formulaire d'autorisation qui m'a été remis. Si le présent formulaire d'autorisation au don d'organes après décès cardiocirculatoire ne m'a pas été remis au moment de la signature, je peux en obtenir copie sur demande.
- J'ai reçu des informations pertinentes au présent formulaire.
- J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes ou adéquates.
- Toutes les informations contenues sur ce formulaire ont été inscrites avant que je le signe.

Signature _____ Prénom et nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ (_____) _____
Ind. rég. N° de téléphone

Témoin à la signature _____ Prénom et nom du témoin (en lettres moulées) _____

Consentement téléphonique : OUI NON

Si l'autorisation est obtenue par téléphone, la signature de deux témoins est requise :

Témoin #1 _____ Prénom et nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ (_____) _____
Ind. rég. N° de téléphone

Témoin #2 _____ Prénom et nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ (_____) _____
Ind. rég. N° de téléphone

À remplir par la personne qui recueille l'autorisation

Je, soussigné(e), à titre de _____ ai examiné le choix du don d'organes après décès cardiocirculatoire avec _____ et ai obtenu son autorisation au prélèvement d'organes. Je sais effectivement qu'il (elle) donne son autorisation librement et en comprend la signification. J'ai aussi expliqué la nature des procédures et j'ai répondu du mieux que j'ai pu à toutes ses questions.

Signature _____ Prénom et nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____