

Formulaire

**IDENTIFICATION D'UN DONNEUR POTENTIEL  
EN PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'AMM**

Nom: \_\_\_\_\_

 Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AA / MM / JJ

Numéro RAMQ: \_\_\_\_\_

**1 IDENTIFIER** le donneur potentiel (établissement ou domicile)

Vérification de la présence d'un critère d'exclusion	OUI	NON
Âgé de 86 ans et plus		
VIH - VHB - 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		

**2 RECOMMANDER** le patient

**Vérifications d'usage par le professionnel de la santé**
 **MON PATIENT SOUHAITE ÊTRE UN DONNEUR DE TISSUS HUMAINS À SON DÉCÈS:**

Date prévue de l'AMM: Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
 Non déterminée  
 Mon patient a déjà subi une chirurgie de la cataracte:  
 En établissement: \_\_\_\_\_  Au domicile  Oui  Non

 **MON PATIENT CONSENT À CE QUE JE TRANSMETTE SON ADRESSE, SES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES ET LES INFORMATIONS MÉDICALES CONNUES SUR SON ÉTAT À HÉMA-QUÉBEC:**

Téléphone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Diagnostic motivant l'AMM: \_\_\_\_\_

Moment privilégié pour joindre le patient (facultatif): Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**3 TRANSMETTRE** les informations sur le patient

**Transmission du formulaire à remplir**

 Acheminer le formulaire rempli et le sommaire des antécédents médicaux à Héma-Québec par courriel: [coordonneurs.th@hema-quebec.qc.ca](mailto:coordonneurs.th@hema-quebec.qc.ca) ou par télécopieur au **418 780-2097**.

Note: Un coordonnateur d'Héma-Québec entrera en contact avec votre patient dans les 7 jours précédant la date prévue de l'administration de l'AMM afin de donner les explications d'usage, de procéder à l'enregistrement du consentement et de remplir un questionnaire médical et social.

**Pour parler avec un coordonnateur d'Héma-Québec, appelez-nous au: 1 888 366-7338, option 2.**
**RÉSERVÉ AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

Coordonnées du professionnel de la santé:

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

 Courriel: \_\_\_\_\_

 Nom du professionnel  md  inf.

Numéro de permis

Signature du professionnel

 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC**

Suivant l'évaluation de l'admissibilité du patient au don de tissus humains votre patient est jugé:

 admissible  non admissible

 patient avisé  patient non avisé

Nom du coordonnateur d'Héma-Québec

Signature

 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Jour Mois Année