



DT9473

QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE D'ÉVALUATION DU CANDIDAT AU DON VIVANT DE REIN

Nom et prénom de l'utilisateur		
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)		
Ville		Code postal
N° assurance maladie (NAM)		N° de dossier

N° d'identification unique :	
------------------------------	--

Nom de l'établissement		
<input type="checkbox"/> CHUM – Centre hospitalier de l'Université de Montréal	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS – Hôpital Fleurimont	<input type="checkbox"/> CUSM – Site Glen
<input type="checkbox"/> CHU de Québec – UL – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont	

Date du premier contact (appel téléphonique ou rencontre) avec le candidat au don (année, mois, jour) : _____

Renseignements sur le candidat au don					
Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie (NAM)				Date d'expiration (année, mois)	
Date de naissance (année, mois, jour)		Lieu de résidence (province/pays)			
Citoyenneté		Origine ethnique		État civil	
Occupation/travail			Nombre d'enfants et âges respectifs		
Ind. rég	N° de téléphone au domicile	Ind. rég	N° de téléphone au travail	Ind. rég	N° de téléphone cellulaire
Adresse de courrier électronique			Adresse postale		
Nom et prénom du père			Nom et prénom de la mère		
Nom et prénom du médecin de famille			Adresse du médecin de famille		
Ind. rég	N° de téléphone	Ind. rég	N° de télécopieur	Date de la dernière visite (année, mois, jour)	
Raison de la visite					
Avez-vous déjà été évalué pour un don d'organe ou de tissus?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez :					

Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'un des troubles suivants?

Allergies <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____	Diabète <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quand : _____ Traité par : <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Pilule <input type="checkbox"/> Insuline
Infection des voies urinaires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Traitement : <input type="checkbox"/> Par voie orale <input type="checkbox"/> Intraveineux	Maladie rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____
Pierres aux reins <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nombre d'épisodes : _____ Dernier épisode : _____	Hypertension <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quand? _____ Traitée depuis quand? _____
Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ Depuis quand? _____ Traitée depuis quand? _____	Cancer <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel? _____ En quelle année? _____
Maladie du foie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____	Maladie de la thyroïde <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____
Maladie du système nerveux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____	Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____
Tuberculose <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand? _____	Maladie psychiatrique/trouble psychologique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____
Thrombophlébite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand? _____	Trouble de saignement ou de la coagulation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ Hémophilie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous déjà eu une transfusion de sang? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand? _____	Avez-vous déjà eu une colonoscopie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand? _____
Maladie auto-immune <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ Lupus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Autre problème de santé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____
Hospitalisations et chirurgies <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ _____ _____ _____	

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

Antécédents familiaux du candidat au don**Est-ce qu'un membre de votre famille proche (père, mère, frères et sœurs) a déjà eu une ou plusieurs des maladies suivantes ?**

	Non	Oui	Père	Mère	Frère(s)	Soeur(s)	Commentaires
Maladie cardiaque							
Problèmes de saignement							
Cancer							
Hypertension artérielle							
Maladie rénale							
Pierres aux reins							
Diabète							
Problème de santé mentale							
Autre maladie familiale héréditaire							

Si oui, précisez :

Informations importantes à transmettre au candidat au don

Au Canada, aucun incitatif, aucun bien ni aucun service de valeur ne doivent être offerts en échange d'organes à un donneur vivant ou à un tiers. Ce don se fait sur une base volontaire.

Une évaluation médicale et psychologique est nécessaire pour établir votre éligibilité au don. La durée de cette évaluation peut varier en fonction de votre cas.

Durant votre évaluation médicale, il vous faudra vous déplacer dans l'établissement pour vos examens. Une période de récupération de quelques semaines est nécessaire après le don.

Il existe un programme de remboursement des dépenses des donneurs vivants. Les détails de ce programme vous seront donnés pendant la rencontre avec l'infirmière en don vivant.

Je comprends l'importance de l'exactitude des renseignements fournis, dans le présent formulaire, pour l'évaluation de mon admissibilité au don et j'atteste avoir répondu au meilleur de mes connaissances.

Formulaire rempli Par l'infirmière, au cours d'un entretien téléphonique avec le candidat au don
 Par le candidat au don

Signature du candidat au don

Date (année, mois, jour)

Signature de l'infirmière

N° de permis :

Date (année, mois, jour)

Révision du questionnaire par le néphrologue nécessaire ? Non Oui**Signature du médecin**

Nom (en caractères d'imprimerie)

N° de permis

Signature

Date (année, mois, jour)