



DT9435

CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ MÉDICALE AU DON VIVANT EN VUE D'UNE TRANSPLANTATION RÉNALE

N° du donneur vivant attribué dans le cadre du programme d'échange	
N° d'identification unique	

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	

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	

Veillez lire attentivement le présent formulaire.

Assurez-vous de bien comprendre les renseignements qu'il contient et d'obtenir les réponses à vos questions, s'il y a lieu.

1 NATURE DU CONSENTEMENT

Je désire entreprendre l'évaluation qui me permettra de savoir si je peux donner un rein de mon vivant. Je fais cette démarche dans le but d'offrir l'un de mes reins à une personne en attente d'une transplantation rénale. Je me présente de mon plein gré, c'est-à-dire en me sentant libre, sans pression de ma famille ou de mes proches.

On m'a informé de la démarche d'évaluation en vue du don de rein, de ses risques et de ses effets possibles. J'ai reçu l'information sur les examens à passer et j'ai pu en discuter avec l'équipe clinique.

Cette évaluation est la première étape à franchir avant que je puisse donner l'un de mes reins. **Si les résultats montrent que je peux donner un rein et si je souhaite toujours le faire**, l'étape suivante sera de signer un autre formulaire par lequel je consens à être opéré.

2 DESCRIPTION SOMMAIRE ET RÉSUMÉ DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

2.1 Description

L'évaluation comprend divers examens médicaux et sociaux. Des prélèvements de sang et d'urine, des examens en radiologie (imagerie), des questionnaires sur mes antécédents médicaux et sociaux, une évaluation psychosociale et d'autres examens peuvent être nécessaires. De façon à ce que mes intérêts soient protégés, le médecin faisant mon évaluation n'est pas le même que celui ou celle qui prendra soin de la personne pouvant recevoir mon rein. La liste détaillée des bilans et examens me sera expliquée par l'intervenant qui m'accompagne pour ma compréhension du présent document.

2.2 Objectifs

L'évaluation a pour but de vérifier :

- si le risque, pour moi, de donner un rein est le plus faible possible;
- si le risque, pour la personne qui recevra mon rein, est le plus faible possible.

Les résultats permettront à l'équipe clinique d'évaluer :

- mon état de santé actuel et si je suis atteint d'un problème de santé qui empêche le don d'un rein parce qu'il constitue une contre-indication, par exemple un cancer, une infection, une maladie rénale ou le diabète;
- les effets possibles du retrait d'un rein sur ma fonction rénale et sur ma santé en général;
- si je suis prêt, sur le plan psychologique, à donner l'un de mes reins.

2.3 Communication des résultats

Les résultats me seront communiqués personnellement et je pourrai en discuter avec un néphrologue, spécialiste des maladies des reins. Pendant l'évaluation, il se peut que l'on découvre une contre-indication au don de rein. Cela mettrait fin à cette évaluation et ferait en sorte que je ne pourrais pas donner l'un de mes reins.

Témoïn

Donneur

3 RAPPEL DE L'INFORMATION IMPORTANTE

J'ai été informé :

3.1 De l'importance d'interroger les membres de l'équipe traitante, autrement dit de l'importance de poser toutes mes questions relativement à l'évaluation, peu importe le sujet, et ce, à n'importe quel moment.

3.2 De la possibilité de retrait, c'est-à-dire de la possibilité que j'ai, à tout moment, de mettre fin à mon évaluation et de choisir la façon de le faire. Peu importe la raison et jusqu'au jour de l'opération, je peux choisir de ne plus donner un rein. Je peux me retirer du processus d'évaluation sur simple avis verbal de ma part.

3.3 De la confidentialité, soit du fait que les échanges que j'ai avec les membres de l'équipe d'évaluation sont confidentiels, y compris ceux qui concernent les raisons pour lesquelles je choisis de ne pas faire de don, si jamais j'en décide ainsi. Mon évaluation demeure confidentielle et ne sera pas transmise au receveur sans mon autorisation. Cependant, certaines informations pouvant avoir des conséquences sur la santé de cette personne lui seront transmises si l'équipe médicale le juge nécessaire. Le médecin devra obtenir mon accord au préalable.

3.4 Du don vivant de rein, autrement dit de ce qu'est un don vivant de rein et de ses avantages pour le receveur par rapport aux autres traitements possibles (par exemple la transplantation d'un rein prélevé sur un donneur décédé). Cette information m'a été transmise et je l'ai bien comprise.

3.5 Des autres possibilités pour le receveur, c'est-à-dire des différentes options de traitement qui s'offrent au receveur, autres que celle de recevoir un rein d'un donneur vivant.

3.6 Du déroulement de l'évaluation, soit du déroulement de l'évaluation proprement dite en vue de donner un rein de mon vivant ainsi que des examens à passer, du temps nécessaire pour les réaliser et des consultations prévues avec l'infirmier, le néphrologue, le chirurgien, le psychologue, le travailleur social ou le psychiatre. Ces consultations ont entre autres pour but d'évaluer ma santé psychologique et les répercussions que peut avoir sur moi la démarche du don (avant et après l'opération). Elles permettent à ces professionnels de s'assurer que ma décision de consentir à cette évaluation et éventuellement au don est prise de façon libre, c'est-à-dire sans pression venant de l'extérieur.

3.7 Des risques de l'évaluation médicale. On m'a expliqué que certains des tests pourraient me causer de l'inconfort et comporter quelques risques (par exemple les prises de sang ou les injections de colorant avant des rayons X). Pendant mon évaluation, je peux obtenir des résultats imprévus au sujet de ma santé. Le médecin en charge de mon évaluation m'informera des résultats anormaux.

Les problèmes de santé révélés pourraient me poser des difficultés quand je voudrai contracter une assurance maladie, une assurance invalidité ou une assurance vie.

De plus, il se peut que l'évaluation révèle une maladie infectieuse à déclaration obligatoire, laquelle devra être rapportée aux autorités de santé publique du Québec, selon la Loi sur la santé publique du Québec. Dans ce cas, des examens supplémentaires sont parfois demandés, ce qui peut causer un retard.

3.8 Des options possibles en cas d'incompatibilité, c'est-à-dire des autres options qui s'offrent à moi pour donner un rein si les résultats montrent que je suis incompatible avec le receveur.

3.9 Des risques médicaux et chirurgicaux pour le donneur. Des complications médicales et chirurgicales, qui peuvent varier de légères à sévères, sont possibles à l'occasion et à la suite d'un don de rein. On m'a fourni des explications générales sur les risques que j'encours avant que j'entreprene le processus d'évaluation. Le néphrologue et le chirurgien me donneront des explications détaillées au sujet des risques si les évaluations révèlent que je peux faire un don de rein et si je choisis de le faire.

3.10 Des bénéfices pour le donneur, autrement dit des bénéfices psychologiques que je peux avoir en faisant ce don (on m'a questionné sur mes attentes et sur les bénéfices que j'attends de ce don).

3.11 Des bénéfices et des risques pour le receveur, c'est-à-dire des bénéfices et des risques de recevoir un rein de la part d'un donneur vivant.

3.12 De l'absence de rémunération, à savoir qu'aucune forme de rémunération ne peut être obtenue en échange d'un don d'organe. Ce don est fait sur une base volontaire.

3.13 Des dépenses, soit des sommes d'argent que je dois prévoir pour l'évaluation, l'hospitalisation et le suivi. Au Québec, un programme gouvernemental de soutien aux donneurs vivants couvre une partie des dépenses liées au don (par exemple les frais de transport et d'hébergement, les repas et une partie du salaire dans certaines circonstances).

3.14 Du suivi, c'est-à-dire du suivi médical recommandé pour le donneur, à court et à long terme.

Témoïn

Donneur

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

4 CONSENTEMENT

Je, _____ (*prénom et nom en caractères d'imprimerie*), soussigné(e), déclare avoir lu et compris le présent formulaire, et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends que les informations contenues dans ce formulaire ne reprennent pas la totalité des échanges, adaptés à ma situation, que j'ai pu avoir avec l'intervenant qui m'accompagne pour ma compréhension de ce document; elles sont complémentaires et je les ai comprises. Je comprends que ce consentement ne m'oblige pas à donner l'un de mes reins. Je comprends les risques et les bénéfices du don de rein fait par un donneur vivant ainsi que les autres types de traitements possibles pour le receveur. J'ai eu l'occasion de poser mes questions à l'intervenant qui m'accompagne aux fins de ma compréhension de ce document et il y a répondu à ma satisfaction. J'ai eu le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. **Par la présente, j'accepte librement d'être évalué en tant que donneur de rein potentiel.**

Signature	Date	Année	Mois	Jour

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)	Signature du témoin	Date
		Année Mois Jour

5 CONSENTEMENT À ÊTRE INVITÉ À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

Je comprends que l'on peut me demander de participer à un projet de recherche. Le cas échéant, ma participation à un projet de recherche est volontaire. Si j'accepte d'y participer, on me demandera alors de signer un formulaire de consentement distinct. Je comprends que mon refus d'être invité à participer à un projet de recherche n'influencera pas la qualité des services que je recevrai dans le contexte de l'évaluation.

J'accepte que l'on communique avec moi pour m'inviter à participer à un projet de recherche. Oui Non

Signature	Date	Année	Mois	Jour

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)	Signature du témoin	Date
		Année Mois Jour

POUR LES NON-RÉSIDENTS DU QUÉBEC

Je reconnais et j'accepte, de manière irrévocable (sans pouvoir changer d'avis), que tous les soins et services qui me seront fournis par l'établissement évaluant ma candidature au don, ses employés ou ses préposés, de même que par chacun des médecins ou dentistes membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, sont régis par le droit et les lois en vigueur dans la province de Québec.

De plus, si je choisisais, pour quelque raison que ce soit, de formuler une plainte, une revendication, une réclamation, une requête ou un recours judiciaire contre les personnes mentionnées au paragraphe précédent, ou contre leurs assureurs ou leurs ayants-droits, je reconnais et j'accepte, de manière irrévocable, de me soumettre à la compétence exclusive des tribunaux de la province de Québec.

Signature	Date	Année	Mois	Jour

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)	Signature du témoin	Date
		Année Mois Jour

Témoin

Donneur