



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 :					

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

Renseignements sur le receveur

Nom et prénom du receveur (si connus)

Quel est votre lien avec le receveur prévu (si connu) ?

Section réservée à l'établissement

N° de dossier

Groupe sanguin (A, B, AB ou O)

Centre de néphrologie du receveur

Statut actuel du receveur

- | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non évalué | <input type="checkbox"/> Prédialyse |
| <input type="checkbox"/> En évaluation | <input type="checkbox"/> Hémodialyse |
| <input type="checkbox"/> Retrait temporaire | <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale |
| <input type="checkbox"/> Accepté | <input type="checkbox"/> Information non disponible |

Date du début de la dialyse (si dialysé) Date (année, mois, jour)

Questions relatives au projet de donation

Comment avez-vous appris l'existence du Programme de don vivant de rein ?

- Par le receveur
- Par un médecin. Précisez : _____
- Au cours d'une séance d'information pour les patients. Précisez : _____
- Par les médias (ex. : journal). Précisez : _____
- Site Web. Précisez : _____
- Autre. Précisez : _____

Qu'est-ce qui vous motive à donner un rein ?

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

Habitudes de vie du candidat au don			
Fumez-vous ou avez-vous fumé? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, actuellement <input type="checkbox"/> Oui, dans le passé			
Si oui, depuis quand et pendant combien de temps : _____			
<input type="checkbox"/> Cigarette traditionnelle	<input type="checkbox"/> Cigarette électronique	Combien de cigarettes par jour? _____	
Buvez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, actuellement <input type="checkbox"/> Oui, dans le passé			
Si oui, depuis quand et pendant combien de temps : _____ Combien de consommations par semaine? _____			
Prenez-vous du cannabis? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, actuellement <input type="checkbox"/> Oui, dans le passé			
Si oui, depuis quand et pendant combien de temps : _____ Combien de consommation par semaine? _____			
Prenez-vous des drogues illicites? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, actuellement <input type="checkbox"/> Oui, dans le passé			
Si oui, lesquelles? _____ Pendant combien de temps? _____			
Avez-vous déjà été traité pour une dépendance à la drogue ou à l'alcool?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Prenez-vous actuellement des médicaments sur une base régulière (prescrits ou vente libre) ou des produits naturels ?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : _____			
Nom du médicament	Raison	Dose	Fréquence

Informations médicales et antécédents médico-chirurgicaux du candidat au don		
Si vous les connaissez, inscrivez votre :		
Poids :	Taille :	Groupe sanguin (A, B, AB ou O) :
Réservé à l'établissement	Indice de masse corporelle (IMC)	Groupe sanguin (A, B, AB ou O)

Section réservée aux femmes		
Nombre de grossesses	Nombre d'avortements ou de fausses couches	Nombre de naissances
Lors de vos grossesses, avez-vous déjà eu un diagnostic de :		
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Pré-éclampsie	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Avez-vous déjà eu un Pap test ou un examen gynécologique?		Avez-vous déjà eu une mammographie?
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui Date du dernier : _____		<input type="checkbox"/> Oui Date de la dernière : _____

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

- Non
 Oui Précisez : _____

Diabète

- Non
 Oui Depuis quand : _____
 Traité par : Diète Pilule Insuline

Infection des voies urinaires

- Non
 Oui Traitement : Par voie orale
 Intraveineux

Maladie rénale

- Non
 Oui Précisez : _____

Pierres aux reins

- Non
 Oui Nombre d'épisodes : _____
 Dernier épisode : _____

Hypertension

- Non
 Oui Depuis quand? _____
 Traité depuis quand? _____

Maladie cardiaque

- Non
 Oui Précisez : _____
 Depuis quand? _____
 Traité depuis quand? _____

Cancer

- Non
 Oui Lequel? _____
 En quelle année? _____

Maladie du foie

- Non
 Oui Précisez : _____

Maladie de la thyroïde

- Non
 Oui Précisez : _____

Maladie du système nerveux

- Non
 Oui Précisez : _____

Maladie respiratoire

- Non
 Oui Précisez : _____

Tuberculose

- Non
 Oui Quand? _____

Maladie psychiatrique/trouble psychologique

- Non
 Oui Précisez : _____

Thrombophlébite

- Non
 Oui Quand? _____

Trouble de saignement ou de la coagulation

- Non
 Oui Précisez : _____
Hémophilie Non Oui

Avez-vous déjà eu une transfusion de sang?

- Non
 Oui Quand? _____

Avez-vous déjà eu une colonoscopie?

- Non
 Oui Quand? _____

Maladie auto-immune

- Non
 Oui Précisez : _____
Lupus Non Oui

Autre problème de santé

- Non
 Oui Précisez : _____

Hospitalisations et chirurgies

- Non
 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)