



CONSENTEMENT AU DON VIVANT DE REIN

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	

Veuillez lire attentivement le présent formulaire.	
<p>Assurez-vous de bien comprendre les renseignements qu'il contient et d'obtenir les réponses à vos questions, s'il y a lieu.</p> <p>1. NATURE DU CONSENTEMENT</p> <p>Je me suis déjà soumis(e) à l'évaluation médicale en vue d'un don vivant de rein et, ayant été jugé(e) un(e) candidat(e) admissible, je consens au prélèvement de mon rein.</p> <p>Avant de signer ce formulaire, j'ai reçu et compris l'information qui décrit l'ensemble du processus menant au don d'un rein – en particulier en ce qui a trait à la procédure chirurgicale, aux risques et aux bénéfices potentiels pour moi et pour le receveur ainsi qu'aux conséquences à court, à moyen et à long terme – et j'ai pu en discuter avec l'équipe médicale.</p> <p>J'autorise le prélèvement de mon rein : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche</p> <p>Par la signature de ce formulaire, je consens de façon libre et éclairée au don de rein et je reconnais que je détiens toutes les informations nécessaires pour prendre une décision en toute connaissance de cause.</p> <p>2. DESCRIPTION DES RISQUES</p> <p>La transplantation rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale terminale, tant sur le plan de la qualité de vie des receveurs que sur le plan de la survie de ceux-ci. Le prélèvement d'un rein nécessite une intervention chirurgicale dont les modalités ont été discutées avec le chirurgien. Le rein peut être prélevé par la technique de la laparoscopie ou par chirurgie ouverte.</p> <p>Les risques liés au don de rein, pour le donneur, sont énumérés ci-après.</p> <p>2.1 Complications possibles de la néphrectomie (prélèvement d'un rein) et risques qui y sont liés, dont;</p> <ul style="list-style-type: none"> le risque de décès associé à cette chirurgie (0,03 %); les risques liés à l'anesthésie générale; les risques liés à l'intubation des voies aériennes ou à l'immobilisation prolongée sur la table d'opération; le risque d'infection de la plaie ou des urines; le risque de pneumonie ou de thrombose veineuse profonde pouvant entraîner une embolie pulmonaire; le risque d'hémorragie, pendant ou après l'intervention, laquelle hémorragie peut avoir pour conséquences une transfusion sanguine et, plus rarement, un retour au bloc opératoire. <p>2.2 Complications potentielles à long terme (augmentation légère de la protéinurie et de la pression artérielle).</p>	
_____	_____
Témoïn	Donneur

3. RAPPEL DE L'INFORMATION IMPORTANTE

J'ai aussi été informé(e) :

- 3.1 De la possibilité d'un changement quant au rein à prélever**, c'est-à-dire que si, durant la chirurgie, de nouveaux éléments se présentent, le chirurgien pourra décider de prélever l'autre rein que celui qu'il avait prévu;
- 3.2 De la possibilité de changer la technique chirurgicale prévue pour le prélèvement du rein (laparoscopie ou chirurgie ouverte);**
- 3.3 De la durée moyenne de mon séjour à l'hôpital, de ma convalescence et de mon arrêt de travail après l'opération;**
- 3.4 Des différents résultats de la transplantation chez le receveur**, incluant, entre autres, la reprise non immédiate de la fonction rénale, période pendant laquelle des traitements de dialyse seront nécessaires, et l'échec de la transplantation chez le receveur;
- 3.5 Du suivi médical recommandé pour le donneur**, à court, à moyen et à long terme;
- 3.6 De l'importance de maintenir de bonnes habitudes de vie après mon don**, ce qui inclut la nutrition, les activités et les exercices physiques (poids santé), la cessation tabagique ainsi que la consommation modérée d'alcool;
- 3.7 De la possibilité de revenir sur ma décision**, c'est-à-dire de la possibilité que j'ai, peu importe la raison et jusqu'au jour de l'opération, de choisir de ne plus donner un rein;
- 3.8 De la très faible possibilité que le rein ne puisse pas être transplanté au receveur prévu** si des complications majeures surviennent durant la greffe;
- 3.9 Autres éléments à considérer :**

4. CONSENTEMENT

Je (nom en lettres moulées), _____, soussigné(e), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends les risques, les bénéfices et les conséquences d'un don de rein prélevé chez un donneur vivant. J'ai été informé(e) de la nature de mon consentement et des risques ou des effets possibles de la néphrectomie (prélèvement d'un rein). J'ai reçu toute information pertinente relative à mon don. J'ai également été informé(e) des résultats attendus et je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant à ces résultats. J'ai bien compris ces informations, j'ai eu l'occasion de poser mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement et de façon éclairée de donner un de mes reins.

Signature		Date	Année	Mois	Jour
Nom et prénom du témoin (en caractères d'imprimerie)		N° de permis (si applicable)			
Signature du témoin		Date	Année	Mois	Jour
		Témoin		Donneur	

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

NON-RÉSIDENTS DU QUÉBEC

Je reconnais et j'accepte, de manière irrévocable, que tous les soins et les services qui me seront fournis par l'établissement, ses employés ou ses préposés ainsi 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 choisissais, pour quelque raison ou motif, de formuler quelque plainte, revendication, réclamation ou requête, ou d'intenter un recours judiciaire, contre les personnes mentionnées au paragraphe précédent ou contre leurs assureurs ou 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 et prénom du témoin (en caractères d'imprimerie)	N° de permis (si applicable)

Signature du témoin		Date	Année	Mois	Jour

Témoin

Donneur