

Formulaire

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

Nom: _____

Date de naissance: _____

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 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

Nom du coordonnateur d'Héma-Québec

Signature

 ____ / ____ / ____
 Jour Mois Année