

RECEVEUSE

NOM : _____

N° de la carte HRV : _____

RAMQ : _____

Communication des Risques

Pour la receveuse d'un don de gamètes dirigé et
Pour la femme porteuse

<p>IDENTIFIANT DU DONNEUR OU DE LA DONNEUSE</p> <p>NOM : _____</p> <p>N° de la carte HRV : _____</p> <p>RAMQ : _____</p>	<p>DON</p> <p><input type="checkbox"/> Ovules</p> <p>Date du Don: _____</p>
	<p><input type="checkbox"/> Spermatozoïdes</p> <p>Date du Don #1: _____</p>
	<p>Date du Don #2: _____</p>
	<p>Date du Don #3: _____</p>
	<p>Date du Don #4: _____</p>
<p>ÂGE AU MOMENT DU DON: _____</p>	

1. Je comprends qu'un professionnel de la santé a examiné le dossier médical du donneur ou de la donneuse, y compris le formulaire de dépistage initial et le formulaire de dépistage pré-don (questionnaire sur les risques médicaux, génétiques et infectieux), les résultats des tests initiaux et de ceux effectués avant le don, l'examen physique, toute réévaluation ou test répété (le cas échéant) et le document sommaire.
2. Je reconnais que même après une réponse à un questionnaire sur les antécédents médicaux, génétiques et infectieux, un dépistage des maladies infectieuses et un examen physique du donneur ou de la donneuse, il peut subsister des lacunes dans les informations disponibles.
3. Je comprends et j'ai été informée que l'utilisation des spermatozoïdes du donneur ou des ovules de la donneuse identifié(e) ci-dessus comporte des risques potentiels pour ma santé et ma sécurité, ainsi que pour le bien-être de la ou des personnes nées suite à leur utilisation.

H:\MRC_Operations\FORMS\CON_DON_Communication_of_Risk_v5_FR_08302024.docx

4. Je comprends que de nombreuses maladies, telles que certains types de cancer, les maladies cardiovasculaires ou les maladies neurologiques, sont dues à l'interaction de plusieurs gènes et à une combinaison de divers facteurs liés au mode de vie et à l'environnement. Le mode de transmission de ces maladies multifactorielles est imprévisible ou moins bien compris, ce qui complique la détermination du risque d'une personne d'hériter ou de transmettre ces maladies.
5. Je comprends que les maladies dues à des anomalies chromosomiques sont généralement causées par des erreurs aléatoires dans la division cellulaire et peuvent entraîner des malformations congénitales ou d'autres troubles de la santé. Elles sont généralement sporadiques plutôt qu'héréditaires, bien qu'elles puissent être influencées par d'autres facteurs tels que l'âge du donneur ou de la donneuse au moment du don.
6. Le cas échéant, les informations suivantes contenues dans le dossier médical du donneur de spermatozoïdes ou de la donneuse d'ovules ont été discutées avec moi :

Les laboratoires du CUSM et le Laboratoire de santé publique du Québec utilisent des trousse de test pour le virus du Nil occidental, l'anticorps du noyau de l'hépatite B et le CMV qui ne sont pas celles recommandées par Santé Canada. Néanmoins, le donneur a été testé pour toutes ces maladies.

- _____
- _____
- _____

Sur la base des informations ci-dessus, je donne mon consentement à l'utilisation des spermatozoïdes du donneur ou des ovules de la donneuse indiqué(e) dans le présent document.

_____ Montréal _____
Nom de la receveuse Signature Ville Date

H:\MRC_Operations\FORMS\CON_DON_Communication_of_Risk_v5_FR_08302024.docx

MÉDECIN

En se basant sur les informations contenues dans le document sommaire et sur toute mesure de réduction des risques prises à l'égard des spermatozoïdes ou des ovules, j'estime, d'un point de vue médical, que l'utilisation des gamètes ne présente pas de risque grave pour la santé et la sécurité de la receveuse et de la ou des personnes nées de leur utilisation.

J'ai communiqué à la receveuse les risques associés au don dirigé de spermatozoïdes ou d'ovules et j'ai obtenu son consentement écrit pour l'utilisation des spermatozoïdes ou des ovules en question.

_____	_____	Montréal	_____
Nom du médecin	Signature	Ville	Date