

**RECEVEUSE**

NOM : \_\_\_\_\_

N° de la carte HRV : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

**Communication Préliminaire des Risques**

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

**IDENTIFIANT DU DONNEUR OU DE LA  
DONNEUSE**

NOM : \_\_\_\_\_

N° de la carte HRV : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

**DON :**

Ovules  Spermatozoïdes

**ÂGE AU MOMENT DU DON :** \_\_\_\_\_

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 (questionnaire sur les risques médicaux, génétiques et infectieux) et les résultats des tests initiaux effectués sur le donneur ou la donneuse.
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 (à effectuer quelques jours avant le don), 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 pour ma santé et ma sécurité, ainsi que pour le bien-être de la ou des personnes nées de leur utilisation.
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'héritaires, 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.*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

7. Je comprends que je serai informée si de nouvelles informations émergent après la réévaluation du donneur ou de la donneuse par le directeur médical, et il se peut que je doive prendre un rendez-vous de suivi avec mon médecin pour discuter de ces nouvelles informations avant de débiter le traitement. Je comprends également qu'un autre document de communication des risques sera signé avant l'insémination ou le transfert d'embryon.
8. Je comprends que tout renseignement nouvellement obtenu suite à la réévaluation médicale du donneur ou de la donneuse, pourrait faire en sorte que le cycle risque d'être retardé, annulé ou que le ou les ovules doivent être congelés (pour les dons d'ovules uniquement) avant d'être fécondés, conformément à la réglementation de Santé Canada.

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

**MÉDECIN**

En se basant sur les informations contenues dans le formulaire de dépistage initial (questionnaire sur les risques médicaux, génétiques et infectieux) et des résultats des tests initiaux effectués sur le donneur ou la donneuse, j'estime, d'un point de vue médical, que le don 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

H:\MRC\_Operations\FORMS\CON\_DON\_Preliminary\_Communication\_of\_Risk\_v3\_FR\_08302024.doc