

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'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 :

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

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