

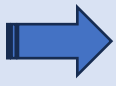
## Je suis:



- ☐ donneuse d'ovules
- ☐ donneuse d'ovules/parent d'intention
- ☐ donneur de sperme
- ☐ donneur de sperme/parent d'intention
- ☐ femme porteuse

## Identification

RAMQ
Prénom
Nom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Identité du genre
Numéro de la carte d'hôpital

## Informations générales et antécédents sociaux

	Depuis que vous avez rempli le formulaire de dépistage initial, y a-t-il eu des changements dans votre état de santé, par exemple :	Oui	Non	Commentaires
1.	Avez-vous de nouvelles allergies?			
2.	Vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un nouveau traitement?			
3.	Vous a-t-on diagnostiqué une nouvelle pathologie ou une infection grave?			
4.	Avez-vous subi une intervention chirurgicale?			
5.	<b>Pour donneuse d'ovules ou femme porteuse seulement :</b> Avez-vous été enceinte depuis que vous avez rempli le premier questionnaire?			
6.	Avez-vous reçu un produit sanguin, une transfusion sanguine ou des tissus d'une personne donneuse?			
7.	Vous a-t-on diagnostiqué une infection transmissible sexuellement (ITS)?			
8.	Vos habitudes en matière de tabagisme ou de consommation d'alcool ou de drogues ont-elles changé?			
9.	Avez-vous eu de nouveaux partenaires sexuels? Si oui, combien? _____			

	Depuis que vous avez rempli le formulaire de dépistage initial, y a-t-il de nouvelles informations médicales dans votre FAMILLE immédiate (enfants, parents, frères et sœurs, grands-parents), par exemple :	Oui	Non	Commentaires
10.	Une mort subite?			
11.	Une nouvelle maladie génétique?			
12.	Une nouvelle maladie grave?			
	Y a-t-il de nouvelles informations sur vous ou votre famille que vous aimeriez communiquer?			
13.				
14.				
15.				

## Dépistage des maladies infectieuses

	Indications de risque élevé pour le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et les maladies causées par le virus T-lymphotrope humain (HTLV)	Oui	Non	Commentaires
16.	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous eu recours à des injections intraveineuses, intramusculaires ou sous-cutanées de médicaments à des fins <b>non médicales</b> ?			
17.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne ayant utilisé des drogues injectées par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée à des fins <b>non médicales</b> ?			
18.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?			
19.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui a eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?			

		Oui	Non	Commentaires
20.	Au cours des quatre (4) derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour lutter contre l'infection par le VIH, tels qu'une prophylaxie préexposition ou une prophylaxie post exposition?			
21.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne qui a pris des médicaments pour lutter contre une infection par le VIH (voir item 138.), une personne atteinte du VIH, d'une hépatite B cliniquement active ou d'une hépatite C cliniquement active?			
22.	Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels anaux avec un nouveau partenaire? <b>(Donneur de sperme seulement)</b>			
23.	Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous eu de multiples partenaires sexuels et eu des rapports sexuels anaux avec l'un de ces partenaires au cours de cette période? <b>(Donneur de sperme seulement)</b>			
24.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été exposé à du sang infecté ou suspecté d'être infecté par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C par inoculation percutanée ou par contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse (bouche, œil, nez, pénis, anus)?			
25.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous séjourné dans un établissement pénitentiaire, une prison ou un centre de détention pendant plus de 72 heures consécutives?			
26.	Au cours des douze (12) derniers mois, vous êtes-vous fait faire un tatouage, un perçage d'oreille ou un perçage corporel pour lequel des procédures stériles n'ont pas été utilisées?			
27.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des contacts étroits (par exemple, en vivant sous le même toit, en vous occupant d'une personne) avec une autre personne atteinte d'une hépatite B ou C cliniquement active?			

		Oui	Non	Commentaires
28.	Avez-vous des antécédents d'infection par le VIH-1, le VIH-2, le HTLV-1, le HTLV-2, l'hépatite B cliniquement active ou l'hépatite C cliniquement active?			
29.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu, vous ou votre/vos partenaire(s) sexuel(s), du sang, des composants sanguins, des produits sanguins ou d'autres tissus humains connus pour être des sources possibles d'infections transmises par le sang?			
30.	Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous consommé de la cocaïne par voie intranasale?			
	<b>Indication d'un risque élevé d'infection par le virus du Nil occidental</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaires</b>
31.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été soupçonné(e) d'avoir une infection au Virus du Nil Occidental (fondé sur des symptômes et/ou des résultats de laboratoire, ou une virémie confirmée au VNO) au cours des 120 jours précédents, suite au diagnostic ou à l'apparition de la maladie, selon le dernier cas?			
	<b>Historique de voyage</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaires</b>
32.	Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 3 derniers mois?			Si oui, dans quel pays? _____

Selon la loi du Québec sur la *Connaissance des origines en matière de procréation assistée impliquant la contribution d'un tiers*, je comprends que le Centre de la Reproduction du CUSM doit transmettre certaines informations concernant le profil d'une personne ayant contribué à la procréation d'un enfant au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour inscription au Registre des origines.

**Veillez signer dans la case qui s'applique à vous :**

## DÉCLARATION DE LA DONNEUSE D'OVULES OU DU DONNEUR DE SPERME

Je reconnais et confirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

Je confirme que je connais la receveuse à laquelle j'ai consenti à donner mes gamètes (ovules ou spermatozoïdes).

Je reconnais que tout détail contenu dans le présent document sera également divulgué à la receveuse dans le cadre de la procédure de don d'ovules ou don de spermatozoïdes.

Je confirme que j'informerais la receveuse ainsi que la clinique de tout changement à mon état de santé, que ce soit avant ou après le don, qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la receveuse ou du bébé.

Je confirme que je n'ai pas fait de dons à plus de dix (10) receveuses/familles/projets parentaux.

\_\_\_\_\_  
*Nom (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Ville*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA-MM-JJ)*

## DÉCLARATION DU PARENT D'INTENTION

Je reconnais et confirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

Je reconnais que tout détail contenu dans le présent document sera également divulgué à la femme porteuse dans le cadre du projet de gestation pour autrui.

Je comprends que, dans le cadre de mon projet parental avec gestation pour autrui, mes ovules ou spermatozoïdes seront traités comme des ovules ou sperme de donneur pour respecter les règles de Santé Canada et que ce dépistage ne fait pas partie d'une procédure de don.

Je confirme que j'informerais la femme porteuse et la clinique de tout changement à mon état de santé qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la femme porteuse.

\_\_\_\_\_  
*Nom (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Ville*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA-MM-JJ)*



## DÉCLARATION DE LA FEMME PORTEUSE

Je reconnais et confirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

Je confirme que je connais le(s) parent(s) d'intention à qui j'ai consenti à porter leur enfant.

Je reconnais que les informations contenues dans ce document seront également partagées avec le(s) parent(s) d'intention dans le cadre du processus de gestation pour autrui.

\_\_\_\_\_  
*Nom (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Ville*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA-MM-JJ)*