



AVIS DE DÉCÈS, DEMANDE D'AUTOPSIE, ÉVALUATION DON DE TISSUS APRÈS DÉCÈS
NOTIFICATION OF DEATH, AUTOPSY REQUEST, EVALUATION OF POST-DEATH TISSUE DONATION

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE AINSI QUE LE FORMULAIRE SIED

(Système d'information des événements démographiques)

- Le SIED doit être complété dans les meilleurs délais et le dossier envoyé au service des admissions
- Toutes les sections doivent être remplies.

THIS FORM MUST BE COMPLETED IN ADDITION TO THE SIED FORM
(Demographic Events Information System)

- Complete the SIED as quickly as possible and send the chart to Admitting
- All sections must be completed.

Date du décès / Date of death (AAYY/MM/JD) :		Heure du décès / Time of death (00 : 00) :	
La famille a-t-elle été contactée ? Relatives notified?		☐ Oui / Yes ☐ Non / No	
Nom et lien de parenté : Relative's name and relationship:			
A) CAUSE DU DÉCÈS / CAUSE OF DEATH			
Cause du décès / Cause of death:			
Causes contributoires (si plus d'une, veuillez les inscrire par ordre d'importance) : Contributory causes (if more than one, list in order of importance):			
Autres diagnostics / Other diagnoses :			
Titre / Title	Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No
☐ Médecin / Physician ☐ Infirmière(ier)* / Nurse* ☐ Infirmière(ier) praticienne (ien) spécialisée (sé) / Nurse Practitioner			Heure/Time Date AAYY/MM/JD

B) CORONER

Ce décès est-il un cas pour le coroner ? Is this a Coroner's case?		☐ Oui / Yes ☐ Non / No		Si OUI, veuillez en aviser le coroner au If YES, please notify the coroner at 1 888 267-6637
N° d'autorisation : Authorization number:		Nom du coroner : Coroner's name:		
Une autopsie est-elle requise par le coroner ? Is there a coroner-mandated autopsy?		☐ Oui / Yes ☐ Non / No		L'autopsie sera-t-elle effectuée au : The autopsy will be performed at: ☐ CUSM / MUHC ☐ Autres / Other: _____

C) DON DE CORPS À LA SCIENCE / BODY DONATION TO SCIENCE

Corps donné à la science ? Body donated to science?		☐ Oui / Yes ☐ Non / No		Institution préférée : Preferred institution:
La famille est informée que l'institution peut décider de ne pas accepter le corps : Family is aware that the institution might not accept the body:				☐ Oui / Yes ☐ Non / No

D) DONNEUR DE TISSUS POTENTIEL - OUTIL D'ÉVALUATION / POTENTIAL TISSUE DONOR - EVALUATION TOOL

CRITÈRES D'EXCLUSION / EXCLUSION CRITERIA:		☐ 86 ans et plus / 86 years of age and over	
☐ Virus de l'hépatite B ou C / Hepatitis B or C virus		☐ Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / Human Immunodeficiency Virus (HIV)	
☐ Infection systémique active et non traitée / Active and untreated systemic infections		☐ Alzheimer, Parkinson, démence d'étiologie inconnue / Alzheimer's, Parkinson's, dementia of unknown etiology	
☐ Cancer sanguin (leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin) / Blood-borne cancer (leukemia, lymphoma, Hodgkin's disease)		☐ Sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques / Amyotrophic Lateral Sclerosis, Multiple Sclerosis	
* Les adultes et les enfants atteints d'un cancer à tumeur solide peuvent faire don de cornées et, parfois, de valves cardiaques. * Adults and children with solid tumor cancers can donate corneas and possibly cardiac valves.			
Si la personne décédée NE REMPLIT AUCUN des critères d'exclusion mentionnés ci-dessus : If the deceased DOES NOT HAVE ANY of the above exclusion criteria:			
AVANT de parler avec un membre de la famille : appelez le coordonnateur d'Héma-Québec pour savoir si la personne décédée a déjà enregistré sa décision de faire le don. Si disponible, vérifiez l'endos de la carte d'assurance maladie. Un coordonnateur d'Héma-Québec est disponible 24/7. Il appellera dans les plus brefs délais.			
1. BEFORE speaking with a family member, call the Héma-Québec coordinator to determine if the deceased had a registered donation decision. If available, check the back of the Medicare card. A Héma-Québec coordinator is available 24/7. They will call back as soon as possible.			
2. APRÈS avoir parlé avec le coordonnateur d'Héma-Québec, informer la famille de la présence du consentement dans les registres. En l'absence de consentement, offrir l'option du don de tissus. Documenter la réponse de la famille sur cette feuille et en aviser le coordonnateur d'Héma-Québec.			
AFTER speaking with the Héma-Québec coordinator, inform the family about the registered consent. If no consent is registered, offer the option of tissue donation. Record the family's response on this sheet and notify the Héma-Québec coordinator.			
☐ Accepter / Accepted		☐ La famille est partie avant d'être approchée / Family left before being approached	
☐ Décliner / Declined		Raison / Reason:	
Le corps quitte l'unité / Body leaves the unit:		Date (AAYY/MM/JD)	
		Heure / Time 00:00	

La recommandation provient de / The recommendation came from:					
Titre / Title	Nom en lettres moulées / Name in print letters	Signature	N° Permis / License No.	Heure / Time	Date / AAYY/MM/JD
☐ Médecin / Physician ☐ Infirmière(ier)* / Nurse* ☐ Infirmière(ier) praticienne (ien) / Spécialisée (sé) / Nurse Practitioner					

E) INDICATION D'AUTOPSIE ET CONSENTEMENT / AUTOPSY INDICATION AND CONSENT

Une autopsie a-t-elle été demandée ? / Has an autopsy been requested?		☐ Oui / Yes ☐ Non / No		Sur le corps du défunt : / On the body of the late:	
Raison de l'autopsie : / Reason for autopsy:					
Questions à examiner : / Questions to be investigated:					
Autorise le CUSM à pratiquer une autopsie : / Authorize the MUHC to carry out an autopsy:		☐ Complète / Complete ☐ Partielle spécifier / Partial, specify:			
Avec exérèse, conservation ou rejet de tissu ou d'organes que ledit hôpital estime utiles. / With the removal, retention, or disposal of such tissues and organs as the said Hospital may consider advisable.					
Si, lors de l'autopsie, un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé entre accidentellement en contact avec le sang ou autres liquides organiques du défunt, j'autorise qu'un prélèvement sanguin soit effectué sur le corps du défunt à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC). If, during the autopsy, a healthcare professional accidentally is exposed to the blood or other body fluids of the deceased, I authorize a blood sample to be taken from the body for testing of human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus (HBV) or hepatitis C virus (HCV).					
Je, soussigné(e) (lettres moulées) : / I, the undersigned (printed letters):		Lien de parenté avec le défunt : / Relationship to the deceased:			
Signature du décideur de substitution : / Signature of surrogate decision maker:		Date (AAYY/MM/JD) :			

Nom/Name:	N° dossier/MRN:
------------------	------------------------

E) INDICATION D'AUTOPSIE ET CONSENTMENT Continuer / AUTOPSY INDICATION AND CONSENT Continued				
☐ J'ai expliqué le contenu du présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées. I have explained the content of this consent form and answered the questions put to me.				
Titre / Title	Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No.	Date AAYY/MM/JD
☐ Médecin traitant / Attending Physician ☐ Infirmière(ier) praticienne spécialisée Nurse Practitioner				
Consentement téléphonique : ☐ Oui / Yes Consent is given by phone: ☐ Non / No		Si OUI, nom du témoin (lettres moulées) : If YES, witness name (printed letters):		
Signature du témoin : Witness signature:		Date (AAYY/MM/JD)		

F) CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE MATÉRIEL D'AUTOPSIE POUR LA RECHERCHE CONSENT FOR USE OF AUTOPSY MATERIALS IN RESEARCH				
(Ceci n'inclut pas le don de corps à la science) / (This does not include Body Donation to Science)				
Les tissus et le matériel prélevés lors de l'autopsie, dont toutes les informations personnelles ont été retirées, POURRAIENT ÊTRE utilisés pour des recherches sur les maladies humaines. Le comité d'éthique de la recherche du Centre universitaire de santé McGill doit approuver ces études, qui seront axées sur la compréhension, la prévention ou le traitement des maladies. Ce matériel ne sera utilisé que pour des recherches sûres et à faible risque. Tissue and materials collected during the autopsy, with all personal information removed, MAY BE used for research on human diseases. The McGill University Health Centre Research Ethics Board must approve these studies, which will focus on understanding, preventing, or treating diseases. These materials will only be used for safe, low-risk research.				
Ils ne seront pas utilisés pour : They will not be used for:	Tests génétiques (séquençage) Genetic testing (sequencing)	Culture de cellules (lignées cellulaires) Growing cells (cell lines)	Création de modèles animaux (xénogreffes) Creating models in animals (xenografts)	Entraînement à l'intelligence artificielle (IA) Training artificial intelligence (AI)
☐ J'approuve l'utilisation de matériel d'autopsie dépersonnalisé pour ce type de recherche. I approve the use of de-identified autopsy materials for this type of research.			☐ Aucun (n'approuve pas) None (do not approve)	
Restriction(s) :				
Je certifie que : I certify that:		☐ J'ai lu (seul ou avec de l'aide) et compris ce formulaire de consentement. I have read this consent form (alone or with help) and understand it. ☐ J'ai pu poser des questions et les explications concernant ce document m'ont été fournies. I was able to ask questions, and explanations about this document were provided to me. ☐ Avant de signer, toutes les informations figurant dans ce formulaire ont été saisies. All the information in this form was entered before I signed it.		
Signature du décideur de substitution : Signature of surrogate decision maker:		Date (AAYY/MM/JD)		

☐ J'ai expliqué le contenu du présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées. I have explained the content of this consent form and answered the questions put to me.					
Titre / Title	Nom en lettres moulées Name in print letters	Signature	N° Permis License No.	Heure / Time	Date AAYY/MM/JD
☐ Médecin / Physician ☐ Infirmière(ier)* / Nurse* ☐ Infirmière(ier) praticienne (ien) Spécialisée (sé) / Nurse Practitioner					
Consentement téléphonique : ☐ Oui / Yes Consent is given by phone: ☐ Non / No		Si OUI, nom du témoin (lettres moulées) : If YES, witness name (printed letters):			
Signature du témoin : Witness signature:		Date (AAYY/MM/JD)			

* À remplir uniquement par une infirmière(ier) si le programme de constat de décès par infirmière(ier) a été mis en œuvre dans son unité.
 * Only to be completed by an RN if the declaration of death by the RN program has been implemented on their unit.