



**AVIS DE DÉCÈS ET ÉVALUATION DON DE TISSUS APRÈS DÉCÈS**  
**NOTIFICATION OF DEATH AND EVALUATION OF POST-DEATH TISSUE DONATION**

**VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE AINSI QUE LE FORMULAIRE EN LIGNE-SIED**

(Système d'information des événements démographiques)

- Le SIED doit être complété dans les meilleurs délais, puis envoyé le dossier au service des admissions, s'il n'y a pas de demande d'autopsie.

- Toutes les sections doivent être remplies.

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

- Complete the SIED as quickly as possible and send the chart to Admitting if an autopsy has not been requested.

- All sections must be completed.

**A) CAUSE DU DÉCÈS / CAUSE OF DEATH**

|                                                                                                                                              |                                                                         |                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Date du décès / Date of death<br>(AAYY/MM/JD) :                                                                                              |                                                                         | Heure du décès / Time of death<br>(00 : 00) :                           |  |
| La famille a-t-elle été contactée ?<br>Relatives notified?                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No | Nom et lien de parenté :<br>Relative's name and relationship:           |  |
| Transfert interne du défunt au service de pathologie pour autopsie :<br>Internal transfer of the deceased to Pathology for an autopsy:       |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No |  |
| <b>A remplir par le service de pathologie / To be completed by Pathology:</b>                                                                |                                                                         |                                                                         |  |
| Transfert externe du défunt au service de pathologie pour autopsie :<br>External transfer of the deceased to Pathology for an autopsy:       |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No |  |
| Transfert du défunt au service de pathologie pour enquête du coroner :<br>Transfer of the deceased to Pathology for a coroner investigation: |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No |  |
| <input type="checkbox"/> N'ont pas l'autorisation de divulguer la cause de décès. / Do not have the authority to divulge the 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<br>Name in print letters | Signature | N° Permis<br>License No | Heure/Time | Date<br>AAYY/MM/JD |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|-------------------------|------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin / Physician<br><input type="checkbox"/> Infirmière(ier) praticienne (ien)<br>spécialisée (sé) / Nurse Practitioner |                                                 |           |                         |            |                    |

**B) CORONER**

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

| C) CONSENTEMENT D'AUTOPSIE / AUTOPSY CONSENT                                                                                                                                                         |                                                                           |                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Une autopsie a-t-elle été demandée ?</b><br>Has an autopsy been requested?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> *OUI / *YES<br><input type="checkbox"/> Non / No | <b>Sur le corps du défunt :</b><br>On the body of the deceased:           |  |
| <b>La famille a-t-elle autorisé l'autopsie ?</b><br>Has the family consented to an autopsy?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No   |                                                                           |  |
| <b>La famille a-t-elle signé le formulaire de consentement à l'autopsie ?</b><br>Has the family signed the autopsy consent?                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui / Yes<br><input type="checkbox"/> Non / No   |                                                                           |  |
| <b>À remplir par le service de :</b> / To be Completed by Pathology:<br><b>L'autopsie a-t-elle eu lieu ?</b><br>Has the autopsy been performed?                                                      |                                                                           | <input type="checkbox"/> *OUI / *YES<br><input type="checkbox"/> Non / No |  |
| *Si OUI, veuillez consulter le formulaire de consentement pour l'autopsie pédiatrique pour plus d'informations.<br>* If YES, refer to the Pediatric Autopsy Consent Form for additional information. |                                                                           |                                                                           |  |

| D) DONNEUR DE TISSUS POTENTIEL - OUTIL D'ÉVALUATION / POTENTIAL TISSUE DONOR - EVALUATION TOOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| <b>*Cette section ne s'applique pas aux cas transférés au CUSM en vue d'une autopsie pédiatrique.</b><br><b>*This section does not apply to cases transferred to the MUHC for pediatric autopsy.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <b>CRITÈRES D'EXCLUSION / EXCLUSION CRITERIA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Virus de l'hépatite B ou C</b> / Hepatitis B or C virus<br><br><input type="checkbox"/> <b>Infection systémique active et non traitée</b><br>Active and untreated systemic infections<br><br><input type="checkbox"/> <b>Cancer sanguin (leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin)</b><br>Blood-borne cancer (leukemia, lymphoma, Hodgkin's disease)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Nouveau-nés de moins de 35 semaines ou moins de 2.7 kg</b> / Neonates less than 35 weeks or less than 2.7 kg<br><br><input type="checkbox"/> <b>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</b><br>Human Immunodeficiency Virus (HIV)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques</b><br>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.<br>* Adults and children with solid tumor cancers can donate corneas and possibly cardiac valves.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <b>Si la personne décédée NE REMPLIT AUCUN des critères d'exclusion mentionnés ci-dessus :</b><br>If the deceased DOES NOT HAVE ANY of the above exclusion criteria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <b>AVANT de rencontrer la famille, vérifiez le verso de la carte d'assurance maladie pour une signature. Ensuite, appelez la ligne de recommandation d'Héma-Québec au 1-888-366-7338, option 2, pour vérifier les registres de dons et établir l'admissibilité au don de tissus.</b><br><b>1.</b> BEFORE meeting with the family, check the back of the Medicare card for a signature. Then call the Héma-Québec recommendation line at 1-888-366-7338, option 2, to verify donation registries and establish tissue donation eligibility.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <b>APRÈS avoir contacté Héma-Québec, informez la famille de l'existence d'un consentement enregistré et du fait que le coordonnateur souhaite leur parler. Si la famille accepte d'être contactée, demandez-lui un numéro de téléphone et précisez-lui qu'un coordinateur l'appellera pour lui expliquer la procédure et répondre à ses questions.</b><br><b>2.</b> Consignez la réponse de la famille sur ce formulaire et informez Héma-Québec.<br><br>AFTER speaking with Héma-Québec, inform the family of any registered consent and that the coordinator would like to speak with them. If the family agrees to be contacted, ask for a contact number and tell them a coordinator will call to explain the process and answer questions.<br>Document the family's response on this form and notify Héma-Québec. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Accepter d'être contactée</b><br>Agree to be contacted<br><br><input type="checkbox"/> <b>Décliné / Declined</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>La famille est partie avant d'être approchée.</b><br>The family left before being approached.<br><br><b>Raison / Reason:</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |  |
| <b>Le corps quitte l'unité pour la morgue</b><br>Body leaves the unit for the morgue:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Date (AAYY/MM/JD)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Heure / Time 00:00</b> |  |

| La référence provient de / The referral came from:                                                                                                                       |                                                        |                  |                                 |                     |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Titre / Title</b><br><input type="checkbox"/> Médecin / Physician<br><input type="checkbox"/> Infirmière(ier) praticienne (ien) spécialisée (sé) / Nurse Practitioner | <b>Nom en lettres moulées</b><br>Name in print letters | <b>Signature</b> | <b>N° Permis</b><br>License No. | <b>Heure / Time</b> | <b>Date</b><br>AAYY/MM/JD |
|                                                                                                                                                                          |                                                        |                  |                                 |                     |                           |