

## Centre de la reproduction du CUSM Consentement au don de sperme

### Instructions à suivre pour remplir le formulaire de consentement

Vous devez apposer vos initiales dans chaque espace prévu.

Sur certaines pages, vous devez indiquer vos choix et apposer vos initiales à plusieurs endroits. Assurez-vous que vos sélections et vos initiales sont clairement marquées dans les cases indiquées :

Exemple :

Veuillez apposer vos initiales :	
<b>C.M.</b>	<b>2017/09/14</b>
<small>Donneur Initiales</small>	<small>Date AAAA / MM / JJ</small>



### Signature du consentement (page 2) :

Vous devez inscrire clairement votre nom, remplir les informations demandées et signer le consentement en présence d'un témoin.

Le témoin peut être quelqu'un qui vous connaît bien (voisin, ami, parent, etc.). Le rôle du témoin de la signature est simplement de confirmer l'identité du/des signataire(s). Le témoin devrait clairement imprimer son nom puis signer le formulaire.

Veuillez vous faire une copie du consentement signé pour vos dossiers.



**Veuillez noter que notre personnel infirmier ne peut vous remettre votre calendrier de traitement si le formulaire de consentement est incomplet ou manquant à votre dossier médical.**

Si vous avez des questions ou des réserves concernant ce formulaire de consentement, veuillez composer le 514-843-1650 afin d'obtenir un rendez-vous pour revoir le consentement avec un membre de notre personnel médical.

**Centre de la reproduction du CUSM**  
**Consentement au don de sperme**

**Donneur de sperme**

RAMQ
Prénom
Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital

Cochez si vous êtes le donneur désigné de sperme.

**Don de sperme**

Je consens à faire un don de sperme pour les besoins reproductifs d'un ou des parent(s) d'intention nommé(s) ci-dessous :

\_\_\_\_\_

*Parent d'intention #1*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance (AAAA/MM/JJ)*

\_\_\_\_\_

*Parent d'intention #2 (si applicable)*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance (AAAA/MM/JJ)*

En tant que donneur, je suis conscient d'avoir aucune responsabilité ni aucun droit envers la future progéniture conçue à partir de mon sperme.

Veuillez apposer vos initiales :

_____	_____
<i>Donneur</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</i>	



Je comprends et je confirme avoir reçu les informations suivantes :

**Counseling et aspects juridiques**

- L'obligation à procéder à une consultation psychologique;
- Le Centre de la reproduction (la Clinique) ne peut pas fournir des conseils juridiques concernant le don de sperme. Toutefois, il est recommandé de consulter un avocat;
- J'ai pris la décision de faire un don de sperme de mon gré, sans coercition ou influence excessive;
- Je m'engage à remplir le formulaire de renseignements sur le donneur avant le début du traitement;
- La Clinique ne peut pas divulguer l'occurrence d'une grossesse issue de mon don de sperme.

## Centre de la reproduction du CUSM Consentement au don de sperme

### Traitement

- Des tests sanguins de dépistage de maladies transmissibles sont requis avant le début de mon traitement. Mon échantillon de sperme ne sera pas utilisé si les résultats sont anormaux, ne sont pas disponibles ou ne sont pas à jour;
- Je suis responsable d'informer la Clinique de tout nouveau diagnostic de maladie ou d'infection ou de toute situation comportant un risque d'exposition;
- Il se peut que le personnel de la Clinique procède à la révision de mon dossier médical aux fins de recherche de candidats potentiels pour un essai clinique approuvé par le Bureau d'éthique de la recherche du CUSM;
- Je suis responsable d'informer la Clinique de tout changement d'adresse et de coordonnées. Il se peut que la Clinique me contacte au sujet du suivi à long terme.

### Retrait du consentement

- Je peux retirer mon consentement au don de sperme en avisant la Clinique par écrit. Toutefois, je ne peux retirer mon consentement au don d'ovules une fois que mes échantillons ont été décongelés et attribués aux parent(s) d'intention.
- Un accusé de réception confirmant le retrait du consentement sera envoyé par écrit par un membre du personnel professionnel.

### Signature du Consentement

Je comprends que les lois du Canada et de la province du Québec gouvernent la relation qui m'unit à la Clinique et à tout professionnel de la santé impliqué dans le cadre de mes soins.

#### CONSENTEMENT DU PATIENT

On m'a donné suffisamment de temps pour bien considérer le contenu du présent document et la chance de poser des questions additionnelles avant de signer ce formulaire. Je consens au traitement décrit.

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

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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