



# Dons d'organes et de tissus

à l'intention des Téoïis

## Que dois-je savoir?

- La priorité des professionnels de la santé est de sauver des vies. Votre décision de devenir donneur n'aura aucune incidence sur la qualité des soins médicaux indispensables que vous recevrez.
- Vous devez être âgé d'au moins 16 ans pour remplir le formulaire de consentement au don d'organes et de tissus.
- Le don de vos organes ou tissus n'entraînera aucuns frais pour votre famille ou votre succession.
- Vos organes et tissus ne seront prélevés qu'après que nous aurons déployé tous les efforts pour vous sauver la vie.
- En soumettant un formulaire de consentement au don d'organes et de tissus dûment rempli, vous serez inscrit à un registre de donneurs d'organes et de tissus.
- Si vous décidez de devenir donneur d'organes et de tissus, parlez-en avec votre famille.
- Votre inscription à titre de donneur peut être mise à jour ou retirée en soumettant un formulaire de consentement dûment rempli.

## Qui peut être témoin de ma signature?

- Un ami ou un collègue peut être votre témoin.
- **Un membre de votre famille NE peut PAS être votre témoin.** Cela comprend votre conjoint(e), votre conjoint(e) de fait, un parent, un enfant, un tuteur, ou un frère ou une sœur.

## Comment s'inscrire?

Passez au centre de santé le plus proche ou retournez le formulaire de consentement de la page suivante dûment signé par courriel (otdonation@gov.nt.ca) ou par courrier à :

Administration des services de santé  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Sac postal 9  
Inuvik NT X0E 0T0

Voici la partie la plus importante : **parlez de votre souhait avec votre famille.** Vos proches doivent être au courant de votre décision d'être un donneur. Discuter de votre choix avec eux les aidera à respecter cette décision, lorsque le moment sera venu.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Bureau de l'expérience client des soins de santé et des services sociaux par téléphone au 1-855-846-9601 ou par courriel à l'adresse hss\_clientexperience@gov.nt.ca. Consultez le [www.hss.gov.nt.ca/fr](http://www.hss.gov.nt.ca/fr) pour en savoir plus.

## Sceau de validation

(à l'usage du Bureau de l'administration des services de santé)

*Si vous voulez ces renseignements dans une autre langue officielle, communiquez avec nous au 1-855-846-9601.  
If you would like this information in another official language, contact us at 1-855-846-9601.*

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

*Les renseignements médicaux personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis pour une base de données de dons d'organes et de tissus, conformément à la Loi sur les dons de tissus humains et à la Loi sur les renseignements sur la santé. Vos renseignements seront communiqués aux Services de santé de l'Alberta, qui assure la tenue à jour de la base du registre de dons d'organes et de tissus. Vos données sont protégées par les dispositions relatives à la protection de la vie privée de la Loi sur les dons de tissus humains et de la Loi sur les renseignements sur la santé, et ne seront ni utilisées, ni divulguées, sauf autorisation ou obligation en vertu de la Loi sur les dons de tissus humains, de la Loi sur les renseignements sur la santé ou de toute autre loi.*

*Si vous avez des questions, communiquez avec le Bureau de l'expérience client par téléphone (1-855-846-9601) ou par courriel (hss\_clientexperience@gov.nt.ca).*

Je choisis de donner **tous mes organes et tissus** pour des transplantations.

OU

Je choisis de ne **donner que les organes ou tissus suivants** pour des transplantations (cochez tous ceux qui s'appliquent) :

<input type="checkbox"/> Cœur	<input type="checkbox"/> Valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Intestin grêle	<input type="checkbox"/> Reins	<input type="checkbox"/> Estomac	<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Foie
<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> Peau	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Tissu vasculaire	<input type="checkbox"/> Tissu conjonctif	

OU

Je souhaite mettre à jour mes préférences à titre de donneur comme il est indiqué ci-dessus.

OU

Je souhaite que mon nom soit retiré du Registre des dons d'organes et de tissus.

### Cochez pour indiquer que vous avez lu et accepté :

- Je comprends et j'accepte que les renseignements figurant sur ce formulaire sont recueillis par le GTNO et qu'ils seront transmis aux **Services de santé de l'Alberta** pour une utilisation dans le Registre des dons d'organes et de tissus conformément aux dispositions de la *Loi sur les renseignements sur la santé*, et au paragraphe 11(1) de la *Loi sur les dons de tissus humains*.
- Je comprends que je peux refuser mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels figurant sur ce formulaire, et je sou mets ce formulaire volontairement et sans contrainte.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels figurant sur ce formulaire. Dans le cas où je souhaite que mes renseignements personnels soient retirés du Registre des dons d'organes et de tissus, je peux remplir un autre formulaire avec la case « Je souhaite que mon nom soit retiré du Registre des dons d'organes et de tissus » cochée, ou faire part de ma volonté au GTNO d'une autre façon.

La réception par le bureau de l'Administration des services de santé de votre formulaire signé et daté par vous et votre témoin servira de preuve de votre consentement à être un donneur. **Veillez remplir toutes les sections de ce formulaire (en caractères d'imprimerie).**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Nom du témoin : \_\_\_\_\_ Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*Remarque : le témoin ne peut pas être un membre de la famille.**