

## FICHE DES CRITÈRES - UNIVERSITÉ MCGILL

*Si tous les critères sont conformes, SVP transmettre le formulaire dûment rempli, le SP-3, et la preuve d'autorisation du don de corps (e.g. carte de don de corps) par courriel au dondecorps@mcgill.ca.*

1. IDENTIFICATION DU DÉFUNT			
Nom :		Prénom :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Âge :	Poids :	Taille :
2. LIEU DU DÉCÈS			
Nom de l'établissement :		Téléphone :	Télécopieur :
3. CRITÈRES		Conforme	Non conforme
Le corps est en bon état de conservation.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le transport vers le laboratoire de l'université doit être effectué dans les 48 heures suivant le décès (ce délai peut être diminué en période de canicule).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps <b>n'est pas</b> atteint de maladie contagieuse ou d'un ictère prononcé : hépatite A/B/C, sida, septicémie, choc septique, SARM, SRAS, C. difficile ou jaunisse. Contacter l'université en cas de doute.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps <b>n'a pas</b> subi d'accident majeur et <b>n'est pas</b> celui d'une personne morte à la suite d'un suicide (un décès suite à l'aide médicale à mourir est accepté).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps <b>n'a pas</b> été autopsié ni embaumé.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps <b>n'a pas</b> eu d'opération majeure récente (2 mois) ni de don d'organe au décès, à l'exception de la cornée (l'intégrité vasculaire doit être présente).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps est celui d'un adulte (18 ans et plus).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le poids <b>ne doit pas</b> dépasser certaines limites en tenant compte de la taille (maximum 6 pieds et 3 pouces pour la taille). <i>*Se référer à l'annexe 2 pour l'IMC. Un IMC de 16 à 28 est <u>acceptable</u> pour un homme et de 16 à 27 pour une femme.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps <b>n'est pas</b> déformé par la maladie (membres recroquevillés).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PREUVE UTILISÉE POUR LE DON DE CORPS À LA SCIENCE			
CARTE DE DONNEUR <input type="checkbox"/>	TESTAMENT <input type="checkbox"/>	DON DE LA FAMILLE <input type="checkbox"/>	
5. IDENTIFICATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE			
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Téléphone :	Cellulaire :	Lien familial :	
6. COMMENTAIRES			

\_\_\_\_\_  
Nom du responsable à l'établissement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# FORMULAIRE D'AUTORISATION 1

## DON DE CORPS PAR LA FAMILLE POUR FINS D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE

Je soussigné, \_\_\_\_\_, atteste vouloir donner le corps de la personne mentionnée ci-dessous à une institution d'enseignement.

<b>Nom du défunt</b>	
<b>Date du décès</b>	
<b>Lieu du décès</b>	
<b>Lien avec le défunt</b>	

\_\_\_\_\_  
Signature du membre  
de la famille

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Num. de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Num. de téléphone



## FORMULAIRE D'AUTORISATION 2

### DÉCLARATION TÉLÉPHONIQUE PAR LA FAMILLE EN RAISON D'UN DON DE CORPS POUR FINS D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE

#### IDENTIFICATION DU DÉFUNT

Nom du défunt	
Date du décès	
Lieu du décès	

#### IDENTIFICATION DE LA FAMILLE

Nom	
Lien avec le défunt	
Num. de téléphone	

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable  
à l'établissement

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Num. de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
No. de téléphone



# FORMULAIRE D'AUTORISATION 3

## DOCUMENT POUR REMPLACER UNE CARTE DE DON DE CORPS

Veuillez signer ce document pour confirmer votre souhait de léguer votre corps à l'Université McGill lors de votre décès. Ce document servira de consentement afin que l'Université puisse accepter votre don de corps.

### IDENTIFICATION DU PATIENT

<b>Prénom et nom</b> <i>Lettres moulées</i>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Signature</b>	
<b>Date de signature</b>	

### TÉMOIN 1

<b>Prénom et nom</b> <i>Lettres moulées</i>	
<b>Num. de téléphone</b>	
<b>Signature</b>	
<b>Date de signature</b>	

### TÉMOIN 2

<b>Prénom et nom</b> <i>Lettres moulées</i>	
<b>Num. de téléphone</b>	
<b>Signature</b>	
<b>Date de signature</b>	