

Université d'Ottawa

Programme de don de corps

Note: A remplir la Partie I ou la Partie II de ce formulaire, mais NON les deux.

ANATOMY ACT – PROVINCE DE L'ONTARIO

PARTIE I DON D'UN CORPS A UNE FACULTE D'ANATOMIE (Note : Devrait être complétée par la personne voulant donner son corps **lorsque la décision est prise.**)

Je soussigné(e), _____
Nom entier en lettres moulées

âgé(e) de 16 ans révolus, consens par la présente et en accord avec la section 4 de The Human Tissue Gift Act, à l'utilisation de mon corps après ma mort pour l'éducation médicale et la recherche scientifique à la faculté d'anatomie de l'**Université d'Ottawa** ou à n'importe quelle autre faculté d'anatomie.

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____
Endroit Jour Mois Année

Signature du donateur

Adresse

Ville Province Code postal

PARTIE II DON D'UN CORPS A UNE FACULTE D'ANATOMIE PAR UN PLUS PROCHE PARENT OU UNE PERSONNE LEGALEMENT EN POSSESSION (Note : Devrait être complétée par le plus proche parent ou la personne légalement en possession du corps **SEULEMENT** dans le cas où la personne décédée n'a pas personnellement donné son corps en remplissant la première partie de ce formulaire.)

Je soussigné(e), _____
Nom entier en lettres moulées

qui suit le plus proche parent de _____
Imprimer le nom de la personne décédée

ou une personne légalement en possession de son corps, consens par la présente et en accord avec la section 5 de The Human Tissue Gift Act, à l'utilisation dudit corps après la mort pour l'éducation médicale et la recherche scientifique à la faculté d'anatomie de l'**Université d'Ottawa** ou à n'importe quelle autre faculté d'anatomie.

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____
Endroit Jour Mois Année

Signature du plus proche parent/personne légalement en possession du corps

Adresse

Ville

Province

Code postal

Université d'Ottawa

Programme de don de corps

Historique succinct des chirurgies subies

Il serait très apprécié si vous ou votre plus proche parent pouviez indiquer par un crochet quelle(s) parmi les interventions chirurgicales suivantes furent pratiquées durant votre vie.

Remplacement de hanche

Remplacement de genou

Métal, plaques or vis dans le corps

Pacemaker

Défibrillateur

Chirurgie abdominale

Appendicectomie

Ablation de la vésicule biliaire

Ablation d'un rein

Chirurgie de la vessie

Hystérectomie

Ablation d'un ovaire ou intervention chirurgicale aux trompes utérines

Implants de silicone

Tout autre type d'intervention chirurgicale (S.V.P. indiquer)

L'information concernant de telles interventions chirurgicales nous serait très profitable dans notre programme d'éducation, et en aucun cas serait la cause du refus de votre corps par l'Université d'Ottawa.

Merci.

Nom: _____

Université d'Ottawa

Programme de don de corps

CONSENTEMENT

Le plus proche parent ou l'exécuteur testamentaire doit remplir ce formulaire au moment du décès.

NOM DU DÉFUNT (Inclure tous les prénoms) : _____

NOM D'UNE PERSONNE À CONTACTER : _____

LIEN AVEC LE DÉFUNT: _____

ADRESSE: _____

Rue et/ou Casier Postal

Ville

Province

Code Postal

TÉLÉPHONE: _____ **COURRIEL:** _____

1. Je reconnais que la famille/la succession du défunt a la responsabilité de faire transporter le corps légué de l'endroit du décès à l'Université d'Ottawa et d'assumer le coût d'enregistrement du défunt ainsi que tout autres coûts que la maison funéraire pourrait avoir. _____

Initiales

2. J'autorise la Division d'anatomie clinique et fonctionnelle de l'Université d'Ottawa à conserver toutes les parties du corps légué pour une durée indéterminée, à des fins d'éducation et de recherche. Les restes du corps seront incinérés et inhumés au cimetière Pinecrest (2500, chemin Baseline, Ottawa, ON) au terrain appartenant à l'Université d'Ottawa.

Oui

Non

3. Je souhaite recevoir les cendres et procéder à une inhumation privée. Je reconnais que l'Université d'Ottawa couvrira seulement les frais d'une urne temporaire qui pourra être utilisée pour l'inhumation dans un cimetière de votre choix.

Oui

Non

4. Dans le cas où il me serait impossible de ramasser les cendres, j'autorise les personnes suivantes à ramasser les cendres lorsqu'elles seront disponibles.

Nom _____ **Lien** _____ **Téléphone** _____

Nom _____ **Lien** _____ **Téléphone** _____

Nom _____ **Lien** _____ **Téléphone** _____

5. Je souhaite que les cendres soient enterrées dans le lot de l'Université d'Ottawa au cimetière Pinecrest (2500, chemin Baseline, Ottawa, ON). Les frais de l'enterrement seront couverts par l'Université d'Ottawa.

Oui

Non

6. Je souhaite être informé de la date que les cendres seront incinérées.

Oui

Non

7. Je souhaite être informé de la date et heure du Service commémoratif annuel. Veuillez noter que vous serez invité au service seulement après que l'incinération des cendres aura eu lieu.

Oui

Non

Une fois rempli et signé, ce formulaire exprime le consentement aux dispositions ci-dessus.

Date: ____/____/____
 Jour Mois Année

Signature: _____

Révisé: 3 novembre 2017 (CP)