

# ANATOMY ACT – PROVINCE DE L'ONTARIO

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

**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 donneur

\_\_\_\_\_  
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

## Historique succinct des chirurgies subies Université d'Ottawa

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 abdominal
- 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 du donneur: \_\_\_\_\_

# Consentement – Université d'Ottawa

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

NOM DU/DE LA DÉFUNT(E): \_\_\_\_\_  
(Inclure tous les prénoms)

NOM D'UNE PERSONNE À CONTACTER : \_\_\_\_\_

LIEN AVEC LE/LA DÉFUNT(E): \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

Rue et/ou Casier Postal

\_\_\_\_\_ Ville

\_\_\_\_\_ Province

\_\_\_\_\_ Code Postal

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_  
(Sera seulement utilisé pour communiquer avec vous)

1. Je reconnais que la famille/la succession du/de la défunt(e) 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 envoyés pour crémation, suivit d'un enterrement des cendres dans le lot de l'Université d'Ottawa situé au cimetière Pinecrest (2500, chemin Baseline, Ottawa, ON).  
**Oui**  **Non**
3. J'autorise la Division d'anatomie clinique et fonctionnelle de l'Université d'Ottawa à prendre des photographies pour des fins d'enseignement médical ou de recherche scientifique, à condition que les photographies prises ne contiennent aucun élément personnellement identifiable.  
**Oui**  **Non**
4. 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**
5. 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

6. 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. **Une fois que les cendres sont enterrées dans le lot de l'Université d'Ottawa, elles ne sont plus récupérables.**  
**Oui**  **Non**
7. Je souhaite être informé de la date que les cendres seront incinérées.  
**Oui**  **Non**
8. Je souhaite être informé de la date et heure du Service commémoratif annuel. Veuillez noter que vous serez invité au service seulement après que la crémation des cendres aura eu lieu.  
**Oui**  **Non**

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

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Mois) (Jour) (Année)

Signature: \_\_\_\_\_

Révisé: 5 janvier, 2024 (CP)