

**Procédure de demande d'inscription
du nom d'un donneur d'organes sur le cénotaphe-jardin de**

l'Association canadienne des dons d'organes et de tissus (A.C.D.O.) située au Parc Jacob-Nicol (intersection des boulevards de Portland et Jacques-Cartier) à Sherbrooke (Qc).

1. Remplir le formulaire intitulé « DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN DONNEUR... » (page 2) en prenant soin de faire assermenter la demande auprès d'un commissaire à l'assermentation ou d'un juge de paix.

Remarque : On peut procéder à une telle assermentation dans tout hôtel de ville où un fonctionnaire habilité moyennant des frais administratifs minimes.

2. Remplir le formulaire intitulé « AUTORISATION POUR INSCRIPTION... » (page 3) en prenant soin d'obtenir la signature des héritiers légaux du donneur; si nécessaire, joignez plus d'une page de signatures.
3. En l'absence de document officiel prouvant le don d'organe(s) émis par Québec Transplant (au Québec) ou tout autre organisme dûment autorisé (au Canada, aux États-Unis ou ailleurs), veuillez faire remplir le formulaire intitulé « CONFIRMATION MÉDICALE » (page 4) auprès du médecin ayant admis ou traité le donneur avant son décès.

Remarque : Le médecin de famille du donneur pourra, de par sa fonction, obtenir confirmation de prélèvement d'organe(s) auprès des instances hospitalières concernées, et ainsi être en mesure de contresigner la « CONFIRMATION MÉDICALE » requise.

S.V.P. prévoyez un délai de traitement de 8 à 10 semaines avant de recevoir la confirmation de l'inscription du donneur, après que tous les formulaires et informations requis aient été reçus à l'adresse postale suivante :

A.C.D.O., Case postale 6026, St-Jean-sur-Richelieu, J2W 2A1, Canada

Numéro de dossier: _____
Reçu le : _____**DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN DONNEUR
SUR LE CÉNOTAPHE-JARDIN**

Je, soussigné(e) _____ ,
domicilié(e) et résidant au _____ ,
à _____ , en la province de _____ ,
code postal _____ ; téléphone (_____) _____ - _____ .

1. Je suis l'un des héritiers de _____ (le «Donneur»),
né(e) le _____ , en son vivant domicilié(e) au _____ ,
_____ ,
(adresse du donneur)

décédé(e) le _____ et ayant fait don d'un ou plusieurs de
ses organes, pour fins de transplantation ou de greffe;

2. Le Donneur :

2.1 a laissé un testament notarié devant Me _____ ,
notaire à _____ , le _____ ,
sous le numéro _____ de ses minutes.

2.2 a laissé un testament reçu devant témoin _____ , ou un testament olographe _____
daté du _____ ; lequel a été vérifié par jugement
rendu le _____ , dans le dossier numéro _____
_____ de la Cour Supérieure du Québec;

2.3 _____ n'a pas laissé de testament.

(Prière de joindre le formulaire d'**Autorisation pour inscription sur le
Cénotaphe-jardin** dûment signé par le signataire du présent document)

3. Les héritiers et les seules personnes susceptibles d'autoriser l'inscription du
Donneur sont celles dont les noms et adresses apparaissent sur le formulaire
d'**Autorisation pour inscription sur le Cénotaphe-jardin**; lesquelles ont toutes
accordé leur consentement en signant ledit formulaire ci-annexé.

Et j'ai signé à _____ , province de _____ .

(signature du déclarant)

Déclaré solennellement devant moi, à _____ ,
ce _____ ième jour de _____ 20 ____ .

**Commissaire à l'assermentation, juge de paix
ou toute autre personne dûment autorisée.**

AUTORISATION POUR INSCRIPTION SUR LE CÉNOTAPHE-JARDIN

Nous soussignés, étant les responsables de feu(e) _____
 (nom du Donneur en lettres moulées)

consentons par les présentes à ce que le nom de _____
 (nom du Donneur en lettres moulées)

soit inscrit sur le monument que l'Association Canadienne des Dons d'Organes a érigé à Sherbrooke, dans la province de Québec, en mémoire des donateurs d'organes pour fins de transplantation.

_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées
_____ Adresse	_____ Adresse
_____ Ville	_____ Ville
_____ Code postal Tél.	_____ Code postal Tél.
_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Signature</i>
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées
_____ Adresse	_____ Adresse
_____ Ville	_____ Ville
_____ Code postal Tél.	_____ Code postal Tél.
_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Signature</i>
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées
_____ Adresse	_____ Adresse
_____ Ville	_____ Ville
_____ Code postal Tél.	_____ Code postal Tél.
_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Signature</i>

N.B. Prière de reproduire la présente page si plus de six (6) signataires.

CONFIRMATION MÉDICALE

(EN CAS DE NON PRODUCTION D'UN CERTIFICAT PROVENANT D'UN ORGANISME AUTORISÉ)

Je, _____, médecin soussigné, confirme que
(nom du médecin en lettres moulées)

feu(e) _____ a fait un don d'organe(s) pour
(nom du Donneur en lettres moulées)

fins de transplantation.

Signé à _____, province de _____,
ce _____ ième jour de _____ 20 ____ .

(signature du médecin attestant)

(Numéro du permis de pratique)

(Confirmation médicale non nécessaire, si document annexé confirme le don d'organe(s) par un organisme responsable, tel que: Québec-Transplant, La Banque d'Yeux Nationale Inc., Centre hospitalier, Coroner ou tout autre programme officiel de transplantation au Canada et aux États-Unis)