

# Formulaire de consentement pour le don de son corps pour l'enseignement et la recherche

**Ce formulaire est remis aux donneurs à des fins administratives par l'UQTR. Il n'est en aucun cas juridiquement contraignant; le donateur ou son parent souhaitant modifier ou révoquer une partie de celui-ci peut le faire par écrit à l'UQTR.**

**Veillez discuter de votre intention de faire don de votre corps pour l'enseignement et la recherche à l'UQTR avec votre famille ou votre plus proche parent.**

**Le formulaire de consentement vous permet de préciser les autorisations que vous nous donnez quant à l'utilisation que nous ferons de votre don.**

**Soyez assuré(e) que les renseignements contenus dans ces documents sont strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins décrites dans ce document.**

**Compléter le formulaire et le retourner à :**

Université du Québec à Trois-Rivières  
Département d'anatomie/Don de corps  
3351, boul. des Forges C.P.500  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

Identification :

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. de téléphone : \_\_\_\_\_

*(S.V.P. aviser l'université de tout changement)*

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Programme de don de corps à la science pour l'enseignement et la recherche de L'Université du Québec à Trois-Rivières

Je, \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ désire que, après ma mort, mon corps soit livré à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour :

**L'enseignement de l'anatomie et la recherche médicale et scientifique**

En répondant oui, vous acceptez que votre corps soit utilisé pour les étudiants et la recherche médicale et scientifique de l'UQTR.



OUI

NON

**Transfert vers une autre Université**

En répondant oui, vous acceptez que votre corps puisse être transféré dans une autre université pour enseignement. L'UQTR reste responsable du corps jusqu'à la fin de la démarche.



OUI

NON

**Conserver mon corps plus de trois ans**

En répondant oui, vous acceptez que votre corps soit gardé pour une plus longue période que celle indiquée sur le document d'information dans un but d'enseignement.



OUI

NON

Suite au verso



**Conservation de certaines pièces anatomiques**

En répondant oui, vous acceptez que l'UQTR puisse garder certaines pièces anatomiques de façon permanente dans un but d'enseignement.

—————> OUI NON

**Accès à mon dossier médical**

En répondant oui, vous autorisez le département d'anatomie de l'UQTR d'avoir accès à votre dossier médical pour recueillir certaines données pouvant être utiles à l'enseignement et à la recherche.

—————> OUI NON

**Site sécurisé de recherche en thanatologie (REST[ES])**

En répondant oui, vous acceptez que votre corps soit utilisé pour la recherche en thanatologie tel qu'indiqué dans le document d'information.

—————> OUI NON

**Accepteriez-vous que nous vous contactions pour vous proposer de participer à d'éventuels projets de recherche de votre vivant?**

Accepter ou refuser n'a aucune incidence dans le processus de don de corps. Votre accord ne vous engage pas à participer au projet. Tous les projets proposés seront préalablement approuvés par le comité d'éthique de l'UQTR.

—————> OUI NON

Dans tous les cas, il est important que vous sachiez que vos données personnelles et votre identité restent confidentiels, le don étant anonyme.

Consentement du donneur

Je, \_\_\_\_\_ (nom en lettre moulée)

Déclare avoir lu et compris le livret d'information sur le programme de don de corps qui m'a été fourni, en particulier les informations concernant les circonstances pour lesquelles mon don peut ne pas être accepté après mon décès.

Cette déclaration est faite conformément à mes souhaits comme indiqué.

Je comprends qu'en signant ce formulaire, j'autorise que mon corps soit remis à la l'UQTR aux conditions suivantes :

- Pas d'embaumement préalable.
- Mon corps doit être remis à l'université le plus tôt possible après mon décès.

**Je signe, devant témoins, en pleine connaissance de cause et j'espère que mes dernières volontés seront respectées.**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Témoins:**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec donneur : \_\_\_\_\_

Relation avec donneur : \_\_\_\_\_

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

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

