



Intention de faire un don et renseignements relatifs à la langue

Veillez imprimer votre formulaire rempli et le faire parvenir à:

**Bureau de l'Assurance-Maladie
126, Chemin Douses
C.P. 3000
Montague PE COA 1R0
Canada**

Nom légal
Numero de la carte-santé
Adresse postale

DÉCISION PAR RAPPORT AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Les renseignements suivants seront sauvegardés dans un registre informatisé sécurisé des donneurs de l'Î.-P.-É. À l'avenir, votre décision par rapport au don d'organes et/ou de tissus sera indiquée sur votre nouvelle carte-santé.

Je souhaite donner :

les organes nécessaires pour une greffe (poumons, cœur, foie, reins, pancréas, intestin grêle)

OUI NON

les tissus nécessaires pour une greffe (peau, veines, yeux, os et structures connexes, valvules cardiaques/péricarde)

OUI NON

Pour obtenir plus de renseignements sur le don d'organes et de tissus, composez le 902-368-5920.

Votre signature est requise pour le don d'organes et/ou de tissus. Vous devez être âgé de 16 ans ou plus pour signer.

Signature	Date	Date de naissance
-----------	------	-------------------

PROFIL LANGAGIER

Afin de planifier la prestation de services, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre profil langagier. À l'avenir, votre langue de préférence sera indiquée sur votre nouvelle carte-santé.

Quelle est votre langue maternelle? (La première langue que vous avez apprise)

Anglais Français Autre (**veuillez préciser**) _____

Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, dans laquelle des langues officielles du Canada êtes-vous le plus à l'aise?

Anglais Français Ni l'une ni l'autre

Quelle est votre langue de préférence pour la prestation de services?

Anglais Français Autre (**veuillez préciser**) _____

Veillez noter que vous n'êtes pas obligé de consentir au don d'organes et/ou de tissus ni de répondre aux questions sur votre profil langagier, et que vous n'avez pas besoin de le faire pour être admissible à la carte-santé. La collecte de renseignements personnels par l'entremise du présent formulaire se fait en vertu de l'alinéa 31c) de la Freedom of Information and Protection of Privacy Act (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée).

Si vous donnez votre consentement pour être donneur d'organes et/ou de tissus dans le présent formulaire, vos renseignements seront entrés dans un dossier d'intention auquel peuvent accéder les fournisseurs de soins de santé dans certaines circonstances. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation des renseignements concernant le don d'organes et de tissus, communiquez avec le directeur des dons et des greffes d'organes et de tissus au 902-368-5920.

Vos réponses aux questions sur votre profil langagier pourraient être utilisées dans la cadre de la planification et de la prestation des services. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation des renseignements sur le profil langagier, communiquez avec les Services de l'assurance-maladie (adresse : 126, chemin Douses, Montague [Î.-P.-É.] COA 1R0; téléphone : 1-800-321-5492).

À USAGE INTERNE SEULEMENT

N° de la carte-santé :

N° de ménage :