Santé Î.-P.-É.

Intention de faire un don et renseignements relatifs à la langue

Veuillez imprimer votre formulaire rempli et le faire parvenir à:

Bureau de l'Assurance-Maladie 126, Chemin Douses
C.P. 3000
Montague PE C0A 1R0
Canada

Nom légal
Numero de la carte-santé
Adresse postale

DÉCISION PAR RAPPORT AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Les renseignements suivant seront sauvegardés dans un registre informatisé sécurisé des intentions de devenir donneur de l'Î.-P.-É. A l'avenir, votre intention de donner des organes ou des tissus sera indiquée sur votre nouvelle carte santé de l'Î.-P.-É.

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 d'au moins 16 ans pour signer. Les parents peuvent signer au nom des enfants de 15 ans ou moins.

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**) _____

L'intention de faire un don d'organes et/ou de tissus, de même que les réponses aux questions concernant le profil langagier, sont volontaires et ne sont pas nécessaires pour l'admissibilité 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 indiquez votre intention de faire un don 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 :**