PROGRAMME DE DON DE CORPS À LA SCIENCE

UNIVERSITÉ DE LA NOUVELLE-
ANGLETERRE FACULTÉ DE MÉDECINE
OSTÉOPATHIQUE 716, AVENUE STEVENS
PORTLAND, ME 04103
(207) 602-2202

INSTRUCTIONS ET INFORMATIONS

OBJECTIF DU PROGRAMME DE DON

Le Programme de Don de Corps de la Faculté de Médecine Ostéopathique de l'Université de la Nouvelle-Angleterre (UNECOM) fournit du matériel anatomique essentiel à l'avancement des connaissances médicales. La plupart des dons sont utilisés pour l'enseignement de l'anatomie aux étudiants en médecine, aux médecins résidents et aux étudiants d'autres professions de santé telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie, les assistants médicaux, la préparation physique et l'anesthésie infirmière. D'autres dons sont utilisés pour la recherche biomédicale et la formation avancée des médecins et chirurgiens. En plus de fournir du matériel anatomique aux programmes éducatifs de l'Université de la Nouvelle-Angleterre, le Programme de Don de Corps fournit également du matériel à d'autres universités et établissements de la région de la Nouvelle-Angleterre ayant des programmes médicaux et paramédicaux, notamment Northeastern University, Boston University et Husson College.

RESPECT ET GRATITUDE

Les familles peuvent trouver du réconfort en sachant que le respect et la dignité des personnes ayant fait don de leur corps sont maintenus en tout temps. La contribution généreuse des participants au Programme de Don de Corps est pleinement reconnue et appréciée. Les installations anatomiques sont des zones restreintes, et seuls les étudiants en médecine, les étudiants des professions de santé, les médecins, les enseignants et le personnel sont autorisés à accéder aux laboratoires. La confidentialité et l'anonymat des donneurs sont une priorité absolue et sont toujours respectés.

COMMENT COMPLÉTER LES FORMULAIRES

Ci-joint, vous trouverez des copies des six formulaires suivants : Formulaire de Don Anatomique (à faire en 4 exemplaires) Formulaire d'Informations Supplémentaires
Formulaire d'Utilisation Spéciale Formulaire de Disposition
Formulaire d'Autorisation de Divulgation des Dossiers Médicaux
Formulaire d'Autorisation de Divulgation d'Informations Médicales

Le Formulaire de Don Anatomique doit comporter trois (3) signatures supplémentaires : celles de deux (2) témoins et celle de votre plus proche parent/exécuteur testamentaire. Les témoins peuvent être des membres de la famille ou des amis âgés d'au moins 18 ans. Après avoir complété tous les formulaires avec les signatures requises, veuillez envoyer **UNE COPIE** du **Formulaire de Don Anatomique**, le **Formulaire d'Informations Supplémentaires,** le **Formulaire d'Utilisation Spéciale,** le **Formulaire de Disposition,** le **Formulaire d'Autorisation de Divulgation d'Informations Médicales** et le **Formulaire d'Autorisation de Divulgation des Dossiers Médicaux** à l'adresse indiquée en haut de cette page.

Il vous incombe de remettre les 3 autres copies du Formulaire de Don Anatomique aux personnes suivantes : UNE COPIE est pour vous, le donneur, à conserver pour vos dossiers ; UNE COPIE est pour le témoin et/ou l'exécuteur testamentaire ; UNE COPIE est pour votre médecin.

À la réception des formulaires dûment remplis, votre demande sera examinée. Si vous répondez aux critères du Programme, vous serez accepté dans le Programme et recevrez une Carte de Donneur. **PERSONNE n'est considéré comme accepté dans le Programme de Don de Corps tant qu'il n'a pas reçu la carte de donneur.** La carte de donneur vous identifie comme participant au Programme et contient les numéros de téléphone pertinents. Il est très important d'informer votre famille, vos amis proches, votre médecin, votre avocat et votre conseiller spirituel de votre volonté de faire don de votre corps au Programme. Assurez-vous qu'ils connaissent le programme et les informations contenues dans cette feuille d'instructions, en particulier les sections intitulées **Lors d'un Décès** et **Formulaire de Disposition.**

Lors de votre admission à l'hôpital, demandez qu'une copie de votre Formulaire de Don Anatomique ou une copie de votre Carte de Donneur soit ajoutée à votre dossier médical. Si vous avez des questions concernant les formulaires ci-joints ou le Programme de Don de Corps, n'hésitez pas à appeler le Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre au (207) 602-2202.

Votre formulaire de don restera dans nos dossiers jusqu'à votre décès. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE de renouveler votre carte. Veuillez informer notre bureau de tout changement d'adresse. Si vous souhaitez annuler votre don à l'avenir, veuillez nous en informer par écrit ; nous retirerons alors votre dossier de nos archives. Nous n'acceptons PAS les demandes d'annulation par téléphone.

EXCLUSIONS
Conformément à la Loi Uniforme sur les Dons Anatomiques de 1969, le Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre se réserve le droit d'accepter ou de refuser un corps selon sa conformité aux finalités prévues. Des exemples de refus incluent, sans s'y limiter :

Corps autopsiés ou mutilés
Décomposition du corps avant l'embaumement ou corps déjà embaumé Corps ayant subi un prélèvement d'organes ou de parties (autres que les yeux) Corps manquant de membres et/ou d'organes majeurs (bras, poumon, rate, etc.)
Remise des restes 48 heures ou plus après le décès
Maladies contagieuses, y compris mais sans s'y limiter :
hépatite, herpès, tuberculose, staphylocoque résistant à la méthicilline (SARM), syndromes d'immunodéficience (VIH), démences telles que la maladie de Creutzfeldt-Jakob
Obésité, émaciation, contractures, ou corps jugés trop lourds Conditions jugées inadaptées à l'étude anatomique Opposition des membres de la famille au don

De plus, en raison du nombre croissant d'inscriptions, nous nous réservons le droit de refuser un don si notre établissement est complet. Il nous est impossible de prévoir une telle situation, et nous vous en informons afin que vous et votre famille puissiez envisager des alternatives si nécessaire.

FORMULAIRE DE DISPOSITION
En général, nos études durent de un à quatre ans. Une fois les études terminées, tous les corps sont crématisés individuellement **SANS EXCEPTION**. Les cendres seront ensuite soit remises à la famille, soit inhumées au Cimetière de l'Université, selon le choix du donneur au moment de l'inscription. Veuillez vous assurer de remplir les **Formulaires d'Utilisation Spéciale** et **de Disposition** inclus dans ce dossier.

Il n'y a aucun frais pour la crémation et l'inhumation au Cimetière Universitaire. Cependant, si ultérieurement la famille souhaite récupérer les cendres inhumées, elle devra assumer tous les frais liés à l'exhumation.

Il n'y a pas de frais pour la crémation et le retour des cendres à la famille. Cependant, la famille est alors responsable de tous les frais liés à l'inhumation ou à la dispersion des cendres. Les restes sont remis dans un récipient fourni par le crématorium. **AUCUNE** urne **N'EST** fournie. Avant l'envoi des cendres, le plus proche parent ou l'exécuteur testamentaire sera informé par lettre du Programme de Don de Corps que les cendres sont prêtes à être envoyées. Toutes les cendres seront expédiées par courrier recommandé de l'USPS au proche parent, à l'exécuteur testamentaire ou au salon funéraire désigné. Veuillez indiquer sur le **Formulaire de Disposition** si les cendres doivent être renvoyées directement à la famille/l'exécuteur testamentaire ou à un salon funéraire local. Les cendres **NE PEUVENT PAS** être récupérées à l'Université de la Nouvelle-Angleterre.

FORMULAIRE DE DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX
À des fins pédagogiques, il est utile pour les étudiants et les enseignants de disposer de renseignements détaillés sur l'historique médical du donneur. Ces informations permettent aux étudiants de mieux comprendre l'anatomie du donneur et les éventuelles interventions chirurgicales qu'il a subies. Le **Formulaire de Divulgation Médicale** permet au Programme de Don de Corps d'obtenir des copies de vos dossiers médicaux et imageries (par exemple, radiographies, IRM) après votre décès. Soyez assuré que toutes les informations médicales reçues resteront confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins éducatives, scientifiques et de recherche. Veuillez noter que nos activités éducatives/recherche n'impliquent pas la réalisation d'autopsie ni la détermination de la cause du décès. Aucun rapport de ce type n'est généré par nos activités éducatives/recherche.

LORS D'UN DÉCÈS
Au moment du décès, la famille doit immédiatement informer le médecin du donneur et la Hope Memorial Chapel, partenaire du Programme de Don de Corps, pour organiser l'enlèvement immédiat et le transport du corps **non embaumé**. Le numéro d'urgence 24 h/24 de Hope Memorial Chapel est le **207-282-6300**.

COMMENT OBTENIR UN CERTIFICAT DE DÉCÈS
Les copies certifiées du Certificat de Décès peuvent être obtenues auprès du bureau du greffier de la commune ou ville du décès. Les certificats ne sont généralement disponibles qu'entre cinq et huit jours ouvrables après la date du décès. Le Programme de Don de Corps ne fournit pas de certificat de décès.

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES RÉSIDENTS HORS DU MAINE
De nombreux donneurs voyagent régulièrement aux États-Unis pour visiter leur famille ou vivent une partie de l'année ailleurs. Si c'est votre cas, nous vous recommandons fortement de vous inscrire à un programme de don de corps dans la région de voyage afin de garantir une couverture en cas de décès à l'extérieur. SI LE DÉCÈS SURVIENT EN DEHORS DE L'ÉTAT DU MAINE, le personnel médical ou votre famille doit contacter l'école de médecine ou la Commission d'Anatomie la plus proche pour faire le don dans cet État. Nous ne prendrons pas de dispositions pour rapatrier votre corps dans le Maine. Si vous déménagez hors de l'État du Maine, veuillez **immédiatement** nous en informer par écrit afin que nous puissions vous retirer de notre programme et vous aider à vous inscrire dans un programme de votre nouvel État de résidence. Pour obtenir de l'aide afin de trouver un programme local de don de corps hors de l'État du Maine, veuillez contacter le Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre au 207-602-2202 ou la Living Bank à Houston, Texas, au 800-528-2971.

CÉRÉMONIE COMMÉMORATIVE
Chaque automne, le Programme de Don de Corps organise une cérémonie commémorative non confessionnelle pour les donneurs crématisés dans l'année. Le plus proche parent du donneur sera informé l'année où l'étude sur son proche est achevée, ainsi que de la date de la prochaine cérémonie commémorative.

VEUILLEZ CONSERVER CETTE FEUILLE D'INFORMATION POUR RÉFÉRENCE FUTURE

N'hésitez pas à contacter le Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre si vous avez des questions 207-602-2202

FORMULAIRE DE DON DE CORPS

Université de la Nouvelle-Angleterre
Faculté de Médecine Ostéopathique

Étant sain d'esprit et majeur (au moins 18 ans, conformément à l'article 22 M.R.S.A. §2902), dans le but de contribuer à l'avancement de l'enseignement et de la recherche médicale, je lègue par la présente mon corps au Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre – Faculté de Médecine Ostéopathique, si celui-ci l'accepte au moment de mon décès, à des fins d'enseignement médical et de recherche.

Si ce formulaire de don ou une copie de celui-ci est retrouvé sur ma personne ou parmi mes effets au moment du décès, j'autorise et demande à toute personne présente d'informer le médecin traitant ou celui qui certifie mon décès de contacter la Hope Memorial Chapel, à Biddeford, Maine (207-282-6300), pour le transport de mon corps [**non embaumé**] au Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre. **Aucune autopsie ne devra être pratiquée, sauf si la loi l'exige. Si mon corps n'est ni embaumé ni autopsié et est autrement jugé acceptable pour les fins prévues**, je comprends que le Programme de Don de Corps prendra à sa charge tous les frais de transport depuis le lieu du décès jusqu'à l'Université de la Nouvelle-Angleterre. Je comprends qu'en participant à ce programme, je consens à l'étude médicale de mon corps, ce qui peut inclure la capture anonymisée de photographies et/ou de vidéos par le corps enseignant.

Je demande à mon plus proche parent, à mon exécuteur testamentaire ou à toute entité légalement autorisée à disposer de mon corps après mon décès de coopérer avec le Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre pour respecter mes volontés telles qu'indiquées dans les formulaires de demande soumis au programme. Après avoir lu ce formulaire de don et tous les documents de demande qui l'accompagnent, et en ayant compris leur contenu, je le signe ici en présence de deux (2) témoins soussignés :

Nom en lettres moulées du donneur _____ Numéro de sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Signature légale du donneur _____ Date _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

ATTESTATION DES TÉMOINS

Signé en notre présence et nous apposons nos noms en tant que témoins :

1) Nom en lettres moulées du premier témoin _____ Signature légale du premier témoin _____ Date _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

2) Nom en lettres moulées du second témoin _____ Signature légale du second témoin _____ Date _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

PROCHE PARENT OU EXÉCUTEUR TESTAMENTAIRE

Nom en lettres moulées _____ Signature légale _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Lien avec le Donneur _____ Numéro de téléphone _____

INSTRUCTIONS AU MOMENT DU DÉCÈS

1. Le médecin doit être contacté au moment du décès. Aucune autopsie ni embaumement ne doit être effectué.
2. Contacter Hope Memorial Chapel (207-282-6300) pour organiser le transport du donneur vers le Programme de Don de Corps de la Faculté de Médecine Ostéopathique de l'Université de la Nouvelle-Angleterre.

Copie Blanche – Programme de Don ; Copie Jaune – Donneur ; Copie Rose – Témoin/Exécuteur ; Copie Bleue – Médecin traitant

FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
Programme de Don Anatomique

Veuillez fournir les informations suivantes. Si une information est inconnue, veuillez écrire INCONNU.

Ces renseignements aideront le Programme de Don Anatomique à remplir les documents requis par l'État du Maine pour le Département des Services Humains et l'Administration des Anciens Combattants. Ils fourniront également des informations utiles à l'étude du matériel anatomique.

Soyez assuré que toute information transmise au Programme de Don Anatomique sera strictement confidentielle et utilisée uniquement aux fins mentionnées ci-dessus.

Nom :_____ Sexe :____

Adresse :_____
Rue Ville Comté État Code postal

Date de naissance :_____ Lieu de naissance :_____
(jj/mm/aaaa) (Ville, État)

Nationalité :_____ Niveau d'études :_____
(Élémentaire/Secondaire, Université)

Origine :_____ Race :_____
(Française, Anglaise, Espagnole, etc.) (Blanc, Noir, Amérindien, etc.)

Taille :_____ Poids :_____
(pieds, pouces) (livres)

Ancien combattant : _____ Branche militaire _____ Période de service :_____
(O/N)

État civil (entourer une option) : marié jamais marié veuf(ve) divorcé

Nom du dernier conjoint : _____
(nom de jeune fille de l'épouse ou nom du mari) Veuillez remplir même si la personne est décédée ou divorcée

Fumeur :_____ Nombre d'années :_____
(O/N)

Profession du donneur (soyez précis : enseignant, infirmier, tourneur, mécanicien, etc.)

_____
(si retraité, indiquer la profession avant la retraite)

Lieu d'exercice de la profession (soyez précis : école primaire, hôpital, usine, etc.)

_____

Numéro de sécurité sociale du donneur :_____

Nom complet du père :_____
(même si décédé)

Nom de jeune fille complet de la mère :_____
(même si décédé)

Veuillez nous informer de tout changement concernant les informations du donneur

FORMULAIRE DE DISPOSITION

Le Programme de Don Anatomique contactera le destinataire (proche parent/exécuteur testamentaire et/ou salon funéraire désigné) lorsque les cendres seront disponibles. Dans le cas où le Programme de Don Anatomique ne parviendrait pas à localiser le destinataire, après une notification par courrier, je comprends que le Programme conservera les cendres pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours et j'autorise qu'en l'absence d'autres instructions, les cendres soient inhumées au Cimetière de l'Université.

Veuillez cocher UNE des 3 options suivantes :

1. ☐ Je souhaite que mes cendres soient retournées à mon plus proche parent/exécuteur testamentaire

J'autorise le Programme de Don Anatomique de la Faculté de Médecine Ostéopathique de l'Université de la Nouvelle-Angleterre à remettre les cendres à la personne dont la signature figure ci-dessous. Les cendres seront envoyées par courrier recommandé de l'USPS.

2. ☐ Je souhaite que mes cendres soient retournées à mon salon funéraire local.

Je comprends que le proche parent/exécuteur ou un membre de ma famille sera responsable de tout frais facturé par le salon funéraire pour ce service

.

_____

Nom du destinataire des cendres

_____

Adresse

_____

Ville, État, Code postal Numéro de téléphone

_____

Nom en lettres moulées du Donneur Signature du Donneur Date

_____

Nom en lettres moulées du proche parent/exécuteur | Signature du proche parent/exécuteur | Date

3. ☐ Je souhaite que mes cendres soient inhumées au Cimetière de l'Université de la Nouvelle-Angleterre

FORMULAIRE D'UTILISATION SPÉCIALE

Il existe trois usages et préparations particuliers des organes et structures de donneurs qui peuvent être d'une grande utilité pédagogique pour le Programme de Don Anatomique : (1) Utilisation par UNECOM de certains organes ou structures d'un donneur pendant plusieurs années. Dans ces cas, le matériel anatomique serait conservé indéfiniment et éliminé selon la politique du Programme de Don Anatomique. Le reste du corps serait crématisé et retourné à votre plus proche parent, à votre salon funéraire local ou inhumé au Cimetière de l'Université, selon votre choix. (2) Il est souvent très utile pour l'enseignement et la recherche que l'UNECOM conserve le donneur au-delà de la durée typique de 1 à 4 ans pour des projets spéciaux. Une fois ces projets terminés, le donneur sera crématisé puis retourné ou inhumé au Cimetière de l'Université. (3) Promotion de l'enseignement médical par d'autres établissements agréés dans le Maine, y compris le système universitaire du Maine, Colby College, Bates College et Bowdoin College ou toute faculté de médecine reconnue de la Nouvelle-Angleterre, y compris les formations en soins infirmiers et études prémédicales. Les établissements ayant besoin de corps pour des cours et des démonstrations seront servis en priorité, et ponctuellement un médecin ou un chirurgien autorisé. Dans ce cas, nous assurons le transport des donneurs vers et depuis l'institution, le médecin ou le chirurgien demandeur, et les restes sont traités comme d'habitude (par exemple : crémation et retour ou inhumation au Cimetière de l'Université). Veuillez indiquer ci-dessous votre souhait de participer à l'un de ces volets du programme de don et signer le formulaire.

Si vous avez des questions concernant ces options, n'hésitez pas à nous contacter au 207-602-2202.

Veuillez entourer vos choix :

1. **OUI** **NON** **Utilisation spéciale de certains organes ou structures par UNECOM**
En plus de l'usage typique du donneur par l'UNECOM durant 1 à 4 ans, cette option
permet l'utilisation indéfinie de certains organes ou structures à des fins éducatives/de recherche à l'UNECOM.

2. **OUI** **NON** **Utilisation du corps du donneur par UNECOM pendant plus de 1 à 4 ans.**
Cela autorise l'utilisation du corps du donneur à des fins d'enseignement et de recherche à long terme
à UNECOM, au-delà de la période habituelle de 1 à 4 ans.

3. **OUI** **NON** **Utilisation du corps du donneur dans un autre établissement**
Cela permet que le corps du donneur soit distribué et transféré à un établissement agréé et, occasionnellement, à un médecin ou un chirurgien.

_____
Nom en lettres moulées

_____ _____
Signature Date

Autorisation de Divulgation d'Informations Médicales

(22 M.R.S.A. § 1711-C(3) et 45 CFR §164.508(c) (HIPAA))

Cette autorisation est conforme aux lois de l'État du Maine ainsi qu'aux exigences de HIPAA.

Programme de Don Anatomique

Veuillez compléter ce formulaire uniquement si vous acceptez de divulguer vos dossiers médicaux au moment de votre décès au Programme de Don de Corps.

Je, ____soussigné(e), ai fait don de mon corps à l'Université de la Nouvelle-Angleterre, Faculté de Médecine Ostéopathique, Programme de Don de Corps, à des fins éducatives, de recherche et scientifiques.

Afin d'accroître la valeur éducative, scientifique et de recherche de mon don après mon décès, j'autorise et demande à tout établissement de santé où j'ai été patient(e) à tout moment dans les deux (2) années précédant mon décès, ainsi qu'à tout médecin qui m'a soigné pendant cette période, de transmettre à tout représentant du Programme de Don de Corps de l'Université de la Nouvelle-Angleterre, l'ensemble des dossiers concernant mon historique médical, mes traitements et mes examens. Je dégage ces médecins ou établissements de santé de toute responsabilité ou obligation pouvant découler de cette autorisation.

Autorisation Spécifique

En encerclant JE DONNE, cela signifie que si cette information figure dans votre dossier médical, vous AUTORISEZ qu'une copie en soit incluse en réponse à la demande de dossier médical. En encerclant JE NE DONNE PAS, cela signifie que si l'information est présente dans les dossiers, vous N'AUTORISEZ PAS la divulgation de ces documents.

1. J'AUTORISE / JE N'AUTORISE PAS / S.O. la divulgation d'informations concernant le traitement ou le diagnostic d'un trouble de santé mentale.
2. JE RENONCE / JE NE RENONCE PAS / S.O. à mon droit de consulter les rapports relatifs à une maladie psychiatrique avant leur divulgation.
3. J'AUTORISE / JE N'AUTORISE PAS / S.O. la divulgation de tous les dossiers d'un autre prestataire de soins de santé détenus par le prestataire mentionné ci-dessus.
4. J'AUTORISE / JE N'AUTORISE PAS / S.O. la divulgation d'informations concernant le traitement ou le diagnostic d'un trouble lié à la consommation de substances (drogues ou alcool). Ces informations ne peuvent être rediffusées par le destinataire sans mon consentement spécifique.

* *

JE COMPRENDS QUE :

Je peux révoquer tout ou partie de cette autorisation à tout moment en rédigeant une révocation écrite que je remets au praticien ou à l'établissement détenant cette autorisation, sous réserve des droits de toute personne ayant agi en se fondant sur l'autorisation avant réception de ma révocation. Cette révocation sera datée et signée par moi, et précisera que tout ou partie de cette autorisation est annulée.

J'ai le droit d'autoriser la divulgation d'informations médicales. Si je refuse ou si je révoque cette autorisation, je comprends que ce refus ou cette révocation pourrait entraîner une absence d'informations pour le Programme de Don de Corps. Je comprends que mon traitement ou ma participation au Programme de Don de Corps ne sera pas refusé(e) si je refuse de signer cette autorisation.

Cette autorisation sera valable jusqu'à sa révocation par moi-même ou toute autre personne autorisée conformément à la section 22 M.R.S.A. § 1711-C(5), ou pendant une période de 30 mois à compter de la date de signature, selon la première de ces éventualités. Je comprends qu'une telle révocation pourrait entraîner un refus de prestations de santé ou d'autres prestations ou couvertures d'assurance.

Une photocopie de cette autorisation peut être utilisée à la place de l'original. Des divulgations ultérieures de votre part ainsi que d'autres divulgations par d'autres prestataires de soins peuvent être effectuées en vertu de cette autorisation.

(Le formulaire se poursuit au verso)

Signature _____ Date _____

Adresse postale _____

Ville, État, Code postal _____ Téléphone _____

Date de naissance _____ Numéro de sécurité sociale _____

Nom du médecin traitant _____

Adresse postale _____ Ville, État, Code postal _____

Numéro de téléphone _____

Toutes les informations médicales resteront confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins éducatives, de recherche et scientifiques.

Autorisation de Divulgation d'Informations Médicales

(22 M.R.S.A. § 1711-C(3) et 45 CFR §164.508(c) (HIPAA))

Cette autorisation est conforme aux lois de l'État du Maine ainsi qu'aux exigences de HIPAA.

Programme de Don Anatomique

Je, _____,soussigné(e), ai fait don de mon corps à l'Université de la Nouvelle-Angleterre, Faculté de Médecine Ostéopathique (« UNE »), Programme de Don de Corps, à des fins éducatives, de recherche et scientifiques.

Par ma signature ci-dessous, je comprends et autorise l'Université de la Nouvelle-Angleterre à partager mes informations démographiques, telles que mon nom, ma date de naissance et mon numéro de sécurité sociale, avec le Hope Memorial Chapel, lequel utilisera ces informations pour respecter ses obligations légales en matière de gestion de mon corps et d'établissement de mon certificat de décès. J'autorise l'Université de la Nouvelle-Angleterre à fournir ces informations au Hope Memorial Chapel avant mon décès.

JE COMPRENDS QUE :

Je peux révoquer tout ou partie de cette autorisation à tout moment en rédigeant une révocation écrite que je remets au praticien ou à l'établissement détenant cette autorisation, sous réserve des droits de toute personne ayant agi en se fondant sur l'autorisation avant réception de ma révocation. Cette révocation sera datée et signée par moi, et précisera que tout ou partie de cette autorisation est annulée.

Cette autorisation sera valable jusqu'à sa révocation par moi-même ou toute autre personne autorisée conformément à la section 22 M.R.S.A. § 1711-C(5), ou pendant une période de 30 mois à compter de la date de signature, selon la première de ces éventualités.

Une photocopie de cette autorisation peut être utilisée à la place de l'original.

_____ _____

Signature Date

_____

Adresse postale

_____ _____

Ville, État, Code postal Téléphone

_____ _____

Date de naissance Numéro de sécurité sociale

_____

Nom du médecin traitant

_____

Adresse postale Ville, État, Code postal

_____

Numéro de téléphone

Toutes les informations médicales resteront confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins éducatives, de recherche et scientifiques.