

ANNEXE 5

FICHE DES CRITÈRES - UNIVERSITÉ MCGILL

Si tous les critères sont conformes, SVP transmettre le formulaire dûment rempli, le SP-3, et la preuve d'autorisation du don de corps (e.g. carte de don de corps) par courriel au anatomysec.med@mcgill.ca ou par télécopieur au 514 398 5047, et veuillez contacter le salon funéraire Blythe Bernier (514 495 8082) pour demander le transport.

1. IDENTIFICATION DU DÉFUNT			
Nom :		Prénom :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Âge :	Poids :	Taille :
2. LIEU DU DÉCÈS			
Nom de l'établissement :		Téléphone :	Télécopieur :
3. CRITÈRES		Conforme	Non conforme
Le corps est en bon état de conservation.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le transport vers le laboratoire de l'université doit être effectué dans les 48 heures suivant le décès (ce délai peut être diminué en période de canicule).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps n'est pas atteint de maladie contagieuse ou d'un ictère prononcé : hépatite A/B/C, sida, septicémie, choc septique, SARM, SRAS, C. difficile ou jaunisse. Contacter l'université en cas de doute.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps n'a pas subi d'accident majeur et n'est pas celui d'une personne morte à la suite d'un suicide (un décès suite à l'aide médicale à mourir est accepté).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps n'a pas été autopsié ni embaumé.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps n'a pas eu d'opération majeure récente (2 mois) ni de don d'organe au décès, à l'exception de la cornée (l'intégrité vasculaire doit être présente).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps est celui d'un adulte (18 ans et plus).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le poids ne doit pas dépasser certaines limites en tenant compte de la taille (maximum 6 pieds et 3 pouces pour la taille). <i>*Se référer à l'annexe 2 pour l'IMC. Un IMC de 16 à 28 est <u>acceptable</u> pour un homme et de 16 à 27 pour une femme.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le corps n'est pas déformé par la maladie (membres recroquevillés).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PREUVE UTILISÉE POUR LE DON DE CORPS À LA SCIENCE			
CARTE DE DONNEUR <input type="checkbox"/>	TESTAMENT <input type="checkbox"/>	DON DE LA FAMILLE <input type="checkbox"/>	
5. IDENTIFICATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE			
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Téléphone :	Cellulaire :	Lien familial :	
6. COMMENTAIRES			

Nom du responsable à l'établissement

Signature

Date

ANNEXE 2

Indice de masse corporelle (IMC)

TAILLE		INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)																												
pieds	cm	12	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	24	26	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	
6'4	192.5	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34
6'2	187.5	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	36	
6'1	185	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	36	37	
	182.5	13	14	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	36	37	38	
5'11	180	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	34	36	37	38	39	
5'10	177.5	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	36	37	38	39	40	
	175	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	36	37	38	39	40	41	
5'8	172.5	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	29	31	32	33	34	34	36	37	38	39	40	41	42	
5'7	170	15	16	17	18	19	20	21	22	24	24	26	27	28	29	29	31	32	33	34	34	36	37	38	39	40	41	42	43	
5'6	167.5	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	31	32	33	34	34	36	37	38	39	40	41	42	43	45	
5'5	165	16	17	18	19	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	32	33	34	34	36	37	38	39	40	42	43	44	45	46	
5'4	162.5	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	33	34	34	36	37	38	39	41	42	43	44	45	46	47	
5'3	160	17	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	34	34	36	37	38	39	41	42	43	44	45	46	48	49	
5'2	157.5	18	19	20	21	23	24	24	26	27	29	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	
5'1	155	18	20	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52	
5'0	152.5	19	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	49	50	51	52	54	
4'11	150	20	21	22	24	24	26	28	29	30	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45	46	48	49	50	52	53	54	56	
4'10	147.5	20	22	23	24	26	27	28	29	31	33	34	35	37	38	40	41	42	44	45	46	48	49	51	52	53	55	56	57	
4'9	145	21	22	24	25	27	28	29	31	32	34	35	37	38	39	41	42	44	45	47	48	49	51	52	54	55	57	58	59	
4'8	142.5	22	23	24	26	28	29	31	32	33	34	36	38	39	41	42	44	45	47	48	50	51	53	54	56	57	59	60	62	
POIDS	kg	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	107	110	113	116	119	122	125	
	lbs	97	103	110	117	123	130	138	143	150	158	163	169	176	183	189	196	202	209	216	222	229	235	242	249	255	262	268	275	

ANNEXE 9

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
DON DE CORPS PAR LA FAMILLE POUR FINS
D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE**

Je soussigné, _____, atteste vouloir donner le corps de la
personne mentionnée ci-dessous à une institution d'enseignement.

Nom du défunt :	_____
Décédé le :	_____
Lieu du décès :	_____
Lien avec le défunt :	_____

**Signature du membre
de la famille**

Date

**Numéro de
téléphone**

Signature du témoin

Date

**Numéro de
téléphone**

ANNEXE 5

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
DÉCLARATION TÉLÉPHONIQUE PAR LA FAMILLE EN RAISON
D'UN DON DE CORPS POUR FINS D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE**

IDENTIFICATION DU DÉFUNT

Nom du défunt : _____

Décédé le : _____

Lieu du décès : _____

IDENTIFICATION DE LA FAMILLE

Nom : _____

Lien avec le défunt : _____

Numéro de téléphone : _____

**Signature du responsable
à l'établissement**

Date

**Numéro de
téléphone**

Signature du témoin

Date

**Numéro de
téléphone**