

Formulaire d'Enregistrement du Donneur



Je, _____, désire m'enregistrer (ou une personne mineure ou dépendante) comme donneur de tissu VHL à la Banque de Tissu VHL. Cette donation donne la permission à la Banque de Tissu VHL de faire tout ce qui est en son pouvoir pour coordonner la récupération de tissu enlevé chirurgicalement du donneur mentionné ci-haut. De plus, si mort s'ensuit, je (donne ___ ou non ___) la permission pour la récupération du cerveau et d'autres tissus. Tout le tissu est donné dans le but exprimé de promouvoir la recherche sur la **maladie de von Hippel-Lindau**.

Nom du donneur _____ Parent le plus proche _____

Adresse _____ Adresse _____

Ville _____ Ville _____

État/Province _____ État/Province _____

Zip/Code Postal _____ Zip/Code Postal _____

Téléphone Jour _____ Téléphone Jour _____

Téléphone Soir _____ Téléphone Soir _____

Date de naissance du donneur _____ Sexe _____ Groupe Ethnique _____

Est-ce que le donneur a été diagnostiqué avec le VHL? Oui__ Non__ Test ADN effectué? Oui__ Non__

Si vous, (le Donneur) n'êtes pas diagnostiqué avec le VHL, êtes vous le parent/de parenté avec quelqu'un qui l'est? Oui__ Non__ (Décrivez le lien de parenté)

Signature du Donneur ou du Tuteur Légal: _____ Date _____

Veillez inclure une brève histoire Médicale/Familiale dans la page suivante, ou sur une autre feuille de papier.
Sentez-vous libre d'inclure toute autre information pertinente.

Veillez poster à:

La **Banque de Tissu VHL** de votre région, trouvée sur l'Internet à <http://www.vhl.org/bank> ou en contactant l'Alliance Familiale VHL.

IMPORTANT: EN CAS D'URGENCE CHIRURGICALE OU EN CAS DE DÉCÈS, VEUILLEZ AVISER LA BANQUE DE TISSU IMMÉDIATEMENT (EN TOUT TEMPS, JOUR OU NUIT). LES TISSUS NON RÉCUPÉRÉS EN DEDANS DE 24 HEURES SONT INUTILISABLES POUR LA RECHERCHE.

