



Formulaire de spécification et de modification du registre Donate Life de l'État de New York

donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

Je souhaite :

- mettre à jour mes informations d'identification
 - modifier les organes/tissus que je consens à donner
 - modifier les objectifs de mon don
- *Indique un champ obligatoire. Veuillez taper à la machine ou écrire clairement en caractère d'imprimerie et à l'encre noire ou bleue :*

DONNÉES D'IDENTIFICATION

 *Nom : (Prénom) (Initiale du second prénom) *(Nom de famille)

_____/_____/_____
 Date de naissance (MM/JJ/AAAA)

 Numéro d'identification du DMV de l'État de New York (Numéro à 9 chiffres de pièce d'identité/permis de conduire) OU Numéro IDNYC

COORDONNÉES

Nous vous confirmerons la modification de votre inscription par courrier électronique, si une adresse électronique a été fournie, ou par courrier postal

- Si le nom est le même que ci-dessus
- Changement d'adresse
- Changement d'adresse électronique

 Nom : (Prénom) (Initiale du second prénom) (Nom de famille)

 Adresse postale Ville État Code postal

 Adresse électronique () - Téléphone

SPÉCIFICATIONS

*JE CONSENS AU DON DE

- tous** mes organes, tissus et yeux ; *ou*
- seulement** les organes et tissus cochés : **Organes :** Cœur Reins Foie Poumons Intestins Pancréas
Tissus : Vaisseaux sanguins Os et tissu conjonctif Cornées Yeux Peau

* JE CONSENS À DONNER MES ORGANES ET/OU TISSUS À DES FINS DE :

- Transplantation et recherche^o
- Transplantation uniquement
- Recherche^o uniquement

oRecherche : Tous les efforts possibles seront déployés pour aider à sauver et à guérir la vie des patients ayant besoin d'une greffe grâce à votre don d'organes et de tissus. Si les organes et/ou tissus ne conviennent pas à la greffe, les personnes inscrites qui consentent à la recherche autorisent leur utilisation à des fins de recherche ou d'enseignement pouvant mener à de nouveaux traitements.

SIGNEZ ET DATEZ

En signant ci-dessous, j'indique mon consentement à apporter des modifications à mon/mes inscription(s) précédente(s) au registre Donate Life de l'État de New York. Je comprends qu'en m'inscrivant au registre, je donne mon consentement légal au don de mes organes, tissus et yeux (suivant les spécifications figurant ci-dessus) en cas de décès. J'autorise l'accès à ces informations selon les besoins pour l'administration du registre et aux organismes d'approvisionnement en organes sous réglementation fédérale, aux banques de tissus et d'yeux agréées par l'État de New York au moment de mon décès ou à l'approche de celui-ci, et aux entités officiellement approuvées par le Commissaire à la santé de l'État de New York.

*Signature

_____/_____/_____
*Date

Remplissez, signez et datez ce formulaire. Soumettez-le au registre Donate Life de l'État de New York par courrier électronique à : registry@donatelife.ny.gov ou par courrier postal à :

New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180