



Formulaire d'inscription au registre Donate Life de l'État de New York

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

Les donateurs d'organes, d'yeux et de tissus sauvent des vies et guérissent des patients. En vous inscrivant au registre Donate Life de l'État de New York, vous consentez à faire don d'organes et de tissus en cas de décès. Si vous envisagez d'être donneur à 16 ou 17 ans, vos parents ou tuteurs légaux seront alertés de votre inscription et prendront la décision finale concernant votre 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) _____

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

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 votre inscription par courrier électronique, si une adresse électronique a été fournie, ou par courrier postal

*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, je consens à m'inscrire 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