TRANSPLANT QUÉBEC

Calendrier des rendez-vous

Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

Ce formulaire doit être rempli en lettres majuscules par le centre de transplantation.

Nom du demandeur : _____ Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____ - ____ - ____ (aaaa mm jj) Numéro d'assurance maladie du demandeur : _____

Nom du centre de transplantation : _____ **Rein** ☐ **Foie** ☐

But de la visite - Veuillez vous référer à la légende
(Si «autre», veuillez fournir des détails)

Date (aaaa-mm-jj)	Code	Commentaires

Légende

Code	Description
L	Lab
I	Imagerie
CC	Consultation chirurgicale
EX	Examen plus approfondi
T	Typage de tissus
E	Enseignement
H	Hospitalisation pré-chirurgicale
CM	Consultation médicale
CP	Consultation psychologique
A	Autre

Confirmation de l'admissibilité au *Programme de remboursement de dépenses aux donneurs vivants*

Date de la chirurgie de prélèvement : _____ - ____ - ____ (aaaa mm jj) Sans objet ☐ A venir ☐

Date de congé de l'hôpital : _____ - ____ - ____ (aaaa mm jj) Sans objet ☐ À venir ☐

Ce donneur est-il inscrit au Regaistre canadien de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez indentifier l'hôpital participant : _____ Province : _____

Je confirme que le demandeur est une personne qui donne ou qui a l'intention de donner un organe ou une partie d'un organe à un résidant du Québec assuré par la Régie d'assurance maladie du Québec ou est une personne inscrite au *Registre canadien de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires* permettant à un receveur du Québec de recevoir un organe dans un cycle d'appariement donné. Je confirme également que l'information inscrite sur ce formulaire est exacte et complète.

_____ *(Nom du coordonnateur de transplantation)* *(Lettres majuscules)*

_____ *(Signature du coordonnateur de transplantation)*

_____ - ____ - ____ (aaaa mm jj)