

### 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 :      -      -      Numéro d'assurance maladie du demandeur : \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj

Nom du centre de transplantation : \_\_\_\_\_ Rein  Foie

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

Légende

| Date (aaaa-mm-jj) | Code | Commentaires |
|-------------------|------|--------------|
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |
|                   |      |              |

| 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 :      -      -      Sans objet  A venir   
aaaa mm jj

Date de congé de l'hôpital :      -      -      Sans objet  A venir   
aaaa mm jj

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

Si oui, veuillez identifier 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