TRANSPLANT QUÉBEC

Déclaration de perte de revenus

Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

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

Nom donneur : _____

Prénom du donneur : _____

Date de naissance du donneur : _____ - _____ - _____
aaaa *mm* *jj*

Numéro d'assurance maladie du donneur : _____

Nom du centre de transplantation : _____

Date de la chirurgie : _____ - _____ - _____ Rein ☐ Foie ☐
aaaa *mm* *jj*

À mon avis, le donneur identifié ci-haut ne pourra reprendre son travail avant le: _____ - _____ - _____
aaaa *mm* *jj*

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____ - _____ - _____
(Nom du chirurgien ou du coordonnateur de transplantation) *(Lettres majuscules)*	*(Signature du chirurgien ou du coordonnateur de transplantation)*	*aaaa* *mm* *jj*