



Avis d'enregistrement Donneur vivant



N° d'identification _____
(réservé à l'administration)

Date d'enregistrement _____
(réservé à l'administration)

Identification du donneur vivant

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Tél. résidence _____

Tél. bureau _____

Courriel _____

Don d'organe(s) effectué le _____ 200_____, à l'hôpital
_____ de _____

Rein Foie Poumon (lobe) Moelle osseuse Tissus

Autres (préciser) _____

Nom du médecin traitant _____

Hôpital _____ de _____

Identification du receveur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Tél. résidence _____

Tél. bureau _____

Courriel _____

Lien de parenté _____

Identification du médecin ou de l'organisme confirmant le don

Nom du médecin ou de l'organisme _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Tél _____

Courriel _____

Site Internet _____

(Signature du demandeur)

(Date)

Téléphone (jour)

Téléphone (soir)