



## 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 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_, 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)