



Justificatifs du formulaire de relogement

À ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR LE COORDONNATEUR DE LA TRANSPLANTATION DU PATIENT

Veillez faire parvenir le formulaire rempli à :

Compétence : Gestionnaire PRDT
Réseau Trillium pour le don de vie
157 Adelaide Street West, #606
Toronto, Ontario M5H 4E7

Pour de plus amples renseignements :

Téléphone : 416-619-2342 ou
1-888-977-3563
Télécopieur : 416-363-4002
Courriel : TPER@giftoflife.on.ca

Le coordonnateur de la transplantation doit remplir et déposer :

- Les justificatifs du formulaire de relogement

Le demandeur doit remplir et déposer :

- Formulaire de demande
- Pièces justificatives (le cas échéant)
 - Bail ou contrat de location
 - Preuve de paiement

Veillez parler avec votre patient pour vérifier que toute la documentation nécessaire est remplie et déposée.

Renseignements sur le patient

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance (MOIS/JOUR/ANNÉE) : _____ Numéro ASO : _____

_____ qui est couvert par Assurance-santé de l'Ontario, requiert
Le nom complet du patient

une transplantation de _____ à _____.

Précisez : Coeur, Poumons, ou Coeur-poumons

Hôpital de transplantation

Il/Elle doit déménager à proximité de l'hôpital de transplantation afin d'être inscrit(e) pour la transplantation ou pour l'évaluation posttransplantation, comme l'exige la politique de notre programme. J'écris cette lettre à l'appui du relogement pour indiquer qu'on a demandé au patient susmentionné de déménager aux fins d'avoir accès aux services liés à la transplantation.

Ce qui suit est vrai au sujet du patient (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Le patient répond aux critères d'admissibilité du programme PRDT énoncés ci-dessus.
- Le patient a fourni la preuve qu'il a déménagé.
- Le patient est actuellement sur la liste d'attente pour une transplantation.
- Le médecin responsable de la transplantation a demandé au patient de déménager aux fins de (cochez toutes les cases pertinentes) :
 - Prétransplantation
 - Posttransplantation, pour une durée de _____ mois

Si le patient ne satisfait pas les critères d'admissibilité, veuillez indiquer la raison du relogement ci-dessous (cochez toutes les réponses applicables) :

- Pas d'accès aux services de santé requis à proximité de l'adresse du domicile du patient
- Autre (veuillez préciser): _____

Le patient a fourni des preuves à l'appui du relogement le _____.
Date (Mois/Jour/Année)

Si vous avez d'autres questions, veuillez contacter :

Le nom complet du coordonnateur de la transplantation	Téléphone :	
--	--------------------	--

Meilleures salutations,

Signature du coordonnateur de la transplantation

Date (Mois/Jour/Année)

À L'USAGE DU GESTIONNAIRE DU

No d'identité RTDV : _____ Date indiquée sur la liste d'attente _____ Date de la transplantation : _____



Trillium
Gift of Life
Network

Réseau
Trillium pour
le don de vie

Programme de remboursement des dépenses des transplantés (PRDT)

Justificatifs du formulaire de relèvement