



Cœur pour les patients à statut élevé

Demande de récusation d'un patient

Je demande que le patient indiqué ci-dessous soit récusé de la liste du Registre canadien de transplantation pour les patients à statut élevé en attente d'un cœur.

Identité du patient et approbation

ID national du patient : _____

ID provincial ou local : _____

Nom de famille (*en caractères d'imprimerie*) : _____

Prénom (*en caractères d'imprimerie*) : _____

Organisme de don d'organes : _____

Statut médical : _____

Programme de greffe : _____

Nom de l'autorisateur* : _____

Signature de l'autorisateur : _____

Date : _____

** Médecin de la province de l'ODO du patient hyperimmunisé qui approuve la non-participation du patient au programme de partage des cœurs pour les patients à statut élevé.*

N. B. : Le traitement de la demande peut prendre jusqu'à deux jours ouvrables.

CBS internal use only.

CBS Recusal Completion

ITSM Service Request #: _____ Completion Date (YYYY/MM/DD): _____

Configuration Completed By (Name/Title): _____

Configuration Completed By (Signature): _____

Configuration Approved By (Name/Title): _____

Configuration Approved By (Signature): _____