



Référence d'un donneur potentiel

Renseignements à communiquer à Transplant Québec 1-888-366-7338, option 1 (sans frais)

Nom :	Prénom :	Âge :	Groupe ABO :
Poids :	Taille :	No Dossier :	Date/heure adm :
Diagnostic :			Glasgow :
Scan cérébral : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Si oui résultat :			NAM :

Facteurs confondants ? O N

(Barbiturique, hypothermie, hypotension, curare)

Si oui lesquels ? _____

Décès neurologique ? O N

Test d'apnée ? O N

Sinon, retrait des traitements envisagés O N

CORONER

Autorisation ? O N

Numéro d'autorisation : _____

Nom du Coroner : _____

Famille

Approchée O N

Avant d'offrir l'option du don d'organes à la famille communiquez avec Transplant Québec

Consentement O N

Accord pour transfert (PRN) ? O N

Antécédents connus

Médicaux : _____

Chirurgicaux : _____

Médications/allergies : _____



Référence d'un donneur potentiel

ACR

Cardiaque ? O N

Défibrillation ? O N

Respiratoire ? O N Durée : _____

HÉMODYNAMIE

Signes vitaux : TA : _____ FC : _____ T : _____ TVC : _____ Diurèse : _____

Ligne artérielle O N Ligne Centrale : O N

Hypotension O N Durée : _____

Hypertension O N Durée : _____

Vasopresseurs : _____

Hypotenseurs : _____

Produits sanguins : _____

Laboratoires

Date/heure	FSC, Coag.		Date/heure	Biochimie			Gaz Artériels	
	G.B.			Urée	ALT		pH	
	Hb			Créa.	Ph Alc		PaCO ₂	
	Ht			Gluc	GGT		PaO ₂	
	Plt			Na	LDH		HCO ₃	
	Pt			K	Amy		SaO ₂	
	Ptt			Cl	Lipase		FIO ₂	
	INR			Bili T.	Ck		Peep	
	Ca			Bili d.	CkMB		Fréq.	
	Mg			AST	Tropo			