



## 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 <sub>2</sub>	
	Ht			Gluc	GGT		PaO <sub>2</sub>	
	Plt			Na	LDH		HCO <sub>3</sub>	
	Pt			K	Amy		SaO <sub>2</sub>	
	Ptt			Cl	Lipase		FIO <sub>2</sub>	
	INR			Bili T.	Ck		Peep	
	Ca			Bili d.	CkMB		Fréq.	
	Mg			AST	Tropo			