

Numéro d'identification unique

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Organe :  Rein droit  Rein gauche  Pancréas  
 Foie entier  Lobe droit  Lobe gauche

Centre de prélèvement \_\_\_\_\_

Chirurgien préleveur : \_\_\_\_\_

Coordonnateur responsable : \_\_\_\_\_

**Organe reçu avec ou sans problèmes constatés / Organ received with or without problems**

- Organe transplanté et aucune particularité notée  
*Transplanted organ and no issues noted*
- Organe non transplantable envoyé en pathologie\*  
*Non-transplantable organ sent in pathology\**
- Organe transplantable mais avec problème(s) détecté(s)\*  
*Transplantable organ but with problem(s) detected\**

Centre de transplantation / *Transplant center* : \_\_\_\_\_

Chirurgien transplanteur /  
*Transplant surgeon* : \_\_\_\_\_  
Signature

Ischémie froide / *Cold ischemia* : \_\_\_\_\_ heure(s) / *hour(s)*

\* Spécifier la ou les raison(s) en cochant la ou les case(s) de la section appropriée ou commenter à la section « Commentaires ».  
*Specify the reason(s) by checking the box(es) in the appropriate section or commenting in the "Comments" section.*

**Veillez retourner ce formulaire à Transplant Québec en utilisant l'enveloppe pré-adressée ci-jointe.  
Please return this form to Transplant Québec using the enclosed pre-addressed envelope.**

**PROBLÈMES CONSTATÉS - TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT / PROBLEMS NOTED - COLLECTION TECHNOLOGY**

**Généralités pour TOUS LES ORGANES / General information for ALL ORGANS**

- Tumeur(s) non détectée(s) ou signalée(s) / *Tumor(s) not detected or reported*
- Anomalie vasculaire non signalée / *Unreported vascular anomaly*
- Traumatisme artériel / *Arterial trauma/injury*
- Traumatisme veineux / *Venous trauma/injury*
- Hémostase insatisfaisante / *Unsatisfactory hemostasis*
- Organe sur-disséqué / *Organ over dissected*

**Spécificités – REIN / Specificities – KIDNEY**

- Décapsulation / *Decapsulation*
- Traumatisme du parenchyme / *Parenchymal injury*
- Athéromatose / *Atheromatosis*
- Absence de collerette artérielle / *Absence of arterial cuff*
- Organe insuffisamment disséqué / *Organ not sufficiently dissected*
- Organe sur-disséqué / *Organ over dissected*
- Anomalie urétérale / *Ureteral abnormalities*
- Traumatisme urétéral / *Ureteral trauma/injury*
- Veine cave absente rein droit / *Absence of IVC with right renal vein*
- Infarctus polaire / *Polar infarct*

**Spécificités – PANCRÉAS / Specificities – PANCREAS**

- Traumatisme duodénal / *Duodenal trauma/injury*
- Segments d'artères inadéquats ou absents / *Inadequate or absent artery segments*
- Segments de veines iliaques inadéquats ou absents / *Inadequate or absent iliac vein segments*

**Spécificités – FOIE / Specificities – LIVER**

- Segments d'artères inadéquats ou absents / *Inadequate or absent artery segments*
- Segments de veines iliaques inadéquats ou absents / *Inadequate or absent iliac vein segments*

**PROBLÈMES CONSTATÉS - CONDITION DES ORGANES / PROBLEMS NOTED - CONDITION OF ORGANS**

- Emballage interne inadéquat (ex. : contenant non étanche ou sac plastique manquant ou non étanche) / *Inadequate internal packaging (e.g. non-sealed container or missing or non-sealed plastic bag)*
- Engelure du greffon / *Thermal injury*
- Boîte isothermique : glace insuffisante / *Isothermal box: insufficient ice*
- Boîte isothermique inadéquate (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Inadequate isothermal box (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*
- Boîte isothermique ou contenu mal identifié (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Isothermal box or misidentified contents (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*
- Absence de matériel de typage (rate, ganglions) / *Absence of typing material (spleen, nodes)*
- Formulaire de bilan per-opératoire du donneur d'organes de Transplant Québec manquant ou incomplet

**PROBLÈMES CONSTATÉS - AUTRES ÉVÉNEMENTS / PROBLEMS NOTED - OTHER EVENTS**

- Informations incomplètes ou erronées du donneur (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Incomplete or erroneous information from the donor (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*
- Informations incomplètes ou erronées du greffon / *Incomplete or erroneous information of the graft*
- Problèmes reliés au transport du greffon / *Issues related to graft transport*
- Problème avec les solutions de préservation (ex. : quantité insuffisante) / *Problem with preservation solutions (e.g. insufficient quantity)*

**Commentaires** (s'il y a lieu) / **Comments** (if applicable) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC**

**Mesure(s) corrective(s) demandée(s) :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Directeur médical

AAAA-MM-JJ

**Suivi nécessaire :** \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

**Fermé** **Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Assurance Qualité

AAAA-MM-JJ

**Compilation effectuée par :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ **N° rapport :** REE - -

Initiales

AAAA-MM-JJ