

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 : _____

PROBLÈMES CONSTATÉS À LA RÉCEPTION DE L'ORGANE / PROBLEMS NOTED UPON RECEPTION OF THE ORGAN

Organe non transplantable envoyé en pathologie*
Non-transplantable organ sent in pathology*

Centre de transplantation /
Transplant center : _____

Organe transplantable mais avec problème(s) constaté(s)*
Transplantable organ but with problem(s) noted*

Chirurgien transplantateur /
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, seulement si un problème est détecté, en utilisant l'enveloppe pré-adressée ci-jointe ou par courriel à l'adresse suivante : qualite@transplantquebec.ca.

Please return this form to Transplant Québec, only if a problem is detected, using the enclosed pre-addressed envelope or by email at: qualite@transplantquebec.ca.

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)*
- Engellure 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)*

PROBLÈMES CONSTATÉS - AUTRES ÉVÉNEMENTS / PROBLEMS NOTED - OTHER EVENTS

- Formulaire de bilan per-opérateur du donneur d'organes de Transplant Québec manquant ou incomplet / *Transplant Québec OR Sheet missing or incomplete*
- 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 conservation (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 : _____
Gestionnaire responsable de la DQCPER AAAA-MM-JJ

Compilation effectuée par : _____ Date : _____ N° rapport : REE - -
Initiales AAAA-MM-JJ