

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 : \_\_\_\_\_

**À compléter pour chaque organe reçu même si aucun problème n'a été constaté.**

Organe transplanté et aucune particularité notée.

Centre de transplantation : \_\_\_\_\_

Chirurgien transplanteur : \_\_\_\_\_  
Signature

**À compléter pour chaque organe reçu avec problèmes constatés.**

Organe **non transplantable** envoyé en pathologie, veuillez spécifier la ou les raison(s) en cochant la ou les case(s) de la section appropriée ou commenter à la section « Commentaires » et signer au verso.

Organe **transplantable** mais avec problème(s) détecté(s), veuillez spécifier la ou les raison(s) en cochant la ou les case(s) de la section appropriée ou commenter à la section « Commentaires » et signer au verso.

Veuillez retourner ce formulaire à Transplant Québec en utilisant l'enveloppe pré-adressée ci-jointe.

**PROBLÈMES CONSTATÉS / TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT**

**Généralités pour TOUS LES ORGANES**

<input type="checkbox"/> Tumeur(s) non détectée(s) ou signalée(s)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anomalie vasculaire non signalée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traumatisme artériel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traumatisme veineux	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hémostase insatisfaisante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Organe trop disséqué	<input type="checkbox"/>

**Spécificités – REIN**

<input type="checkbox"/> Décapsulation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traumatisme du parenchyme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Athéromatose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Absence de collerette artérielle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Organe insuffisamment disséqué	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anomalie urétérale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traumatisme urétéral	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Absence de collerette veineuse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infarctus polaire	<input type="checkbox"/>

**Spécificités – PANCRÉAS**

<input type="checkbox"/> Traumatisme duodénal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segments d'artères inadéquats ou absents (si utilisés avec organe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segments de veines iliaques inadéquats ou absents (si utilisés avec organe)	<input type="checkbox"/>

**Spécificités – FOIE**

<input type="checkbox"/> Segments d'artères inadéquats ou absents (si utilisés avec organe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segments de veines iliaques inadéquats ou absents (si utilisés avec organe)	<input type="checkbox"/>

**PROBLÈMES CONSTATÉS / CONDITION DES ORGANES**

<input type="checkbox"/> Emballage interne inadéquat (ex. : contenant non étanche ou sac plastique manquant ou non étanche)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Engeldure du greffon	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Boîte isothermique / glace insuffisante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Boîte isothermique inadéquate (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Boîte isothermique ou contenu mal identifié (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Absence de matériel de typage (rate, ganglions) et échantillon sanguin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Formulaire de bilan per-opérateur du donneur d'organes de Transplant Québec manquant ou incomplet	<input type="checkbox"/>

**PROBLÈMES CONSTATÉS / AUTRES ÉVÉNEMENTS**

<input type="checkbox"/> Informations incomplètes ou erronées du donneur (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informations incomplètes ou erronées du greffon	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problèmes reliés au transport du greffon	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problème avec les solutions de préservation (ex. : quantité insuffisante)	<input type="checkbox"/>

**Ischémie froide :** \_\_\_\_\_ heure(s)

**Commentaires** (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Centre de transplantation :** \_\_\_\_\_

**Chirurgien transplantateur :** \_\_\_\_\_ **Signature :** \_\_\_\_\_

**À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC**

<b>Mesures correctives</b>	<b>Mesure(s) corrective(s) demandée(s) :</b> _____ _____ _____
	Signature : _____ <small>Directeur médical</small> Date : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>
<b>Révision du dossier</b>	<input type="checkbox"/> <b>Suivi nécessaire :</b> _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>
	<b>Commentaires :</b> _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> <b>Fermé</b> Signature : _____ <small>Assurance Qualité</small> Date : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>

<b>Compilation effectuée par :</b> _____ <small>Initiales</small>	<b>Date :</b> _____ <small>AAAA-MM-JJ</small>	<b>N° rapport :</b> <b>REE - -</b>
---	---	------------------------------------