

Identification du donneur potentiel d'organes
Nom : _____

Numéro d'identification unique : _____

(numéro de Transplant Québec)

Prénom : _____

RAMQ : _____

Évaluation générale du donneur potentiel

Tests sériques	Test urinaire	Imageries médicales	Autres examens
<input checked="" type="checkbox"/> ABO (groupé - croisé) <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> FSC <input checked="" type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input checked="" type="checkbox"/> Hémoculture x 2 (2 sites de prélèvement différents) <input checked="" type="checkbox"/> Histocompatibilité, sérologie et virologie (sous la responsabilité de Transplant Québec) <input checked="" type="checkbox"/> Na, K	<input checked="" type="checkbox"/> Culture d'urine	1^{er} choix <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne C+ ¹ 2^e choix – Insuffisance rénale connue <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne C- ¹ 3^e choix – Donneur potentiel ne tolère pas la position couchée <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire + <input type="checkbox"/> Échographie abdominale ¹	<input checked="" type="checkbox"/> Examen physique ² <input checked="" type="checkbox"/> Poids et taille <input checked="" type="checkbox"/> Pouls <input checked="" type="checkbox"/> Pression artérielle <input checked="" type="checkbox"/> Saturation <input checked="" type="checkbox"/> Température

¹ Communiquer avec le radiologiste afin de faire compléter le formulaire EVA-FOR-013.FA *Évaluation radiologique abdominale / Abdominal Evaluation Form* de Transplant Québec.

² S'assurer que l'équipe traitante effectue l'examen physique selon le formulaire EVA-FOR-007.F *Examen physique du donneur / EVA-FOR-007.A Donor Physical Exam* de Transplant Québec.

Analyses spécifiques par organe

Effectuer les analyses selon les organes considérés (cocher la ou les cases appropriées).

<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Reins
<ul style="list-style-type: none"> ▪ AST ou ALT ▪ Bilirubine totale ▪ INR ▪ PT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amylase ou lipase ▪ Glucose 	Au prélèvement des poumons : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Culture sur échantillon d'aspiration endotrachéale, de lavage bronchique ou de lavage broncho-alvéolaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse d'urine ▪ Ratio albumine/créatinine ▪ Ratio protéine/créatinine ▪ Urée

Dépistage COVID (selon les procédures de Transplant Québec)

<input type="checkbox"/> Nasopharyngé	Date : _____ AAAA-MM-JJ	Date : _____ AAAA-MM-JJ
<input type="checkbox"/> Autre : _____	Date : _____ AAAA-MM-JJ	Date : _____ AAAA-MM-JJ

Analyses supplémentaires

**La dose d'HÉPARINE à prescrire sera transmise par Transplant Québec
(dose déterminée par le chirurgien responsable du prélèvement).**