

<input type="checkbox"/> Inscription initiale <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Transplantation	<input type="checkbox"/> Appel à Transplant Québec : À : _____ Par : _____ <small>Coordonnateur-conseiller clinique Nom de la personne autorisée</small>
	<input type="checkbox"/> Télécopie envoyée à Transplant Québec : <input type="checkbox"/> Montréal (514) 286-0615 <input type="checkbox"/> Québec (418) 845-8561

La date et l'heure de la réception de l'avis téléphonique à Transplant Québec correspondent à la date et l'heure d'inscription du patient.

Identification du patient

N° dossier TQ* : _____ NAM ou autre RAM : _____ ABO : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Race/Origine raciale : _____ Ville : _____ Province : _____
 * Si inconnu, joindre le formulaire INS-FOR-008 Demande de numéro de dossier TQ.

Informations générales

Document(s) à joindre avec l'inscription initiale : Groupe sanguin Consentement Autre : _____
 Particularité(s) de l'organe ou du donneur : _____

Informations médicales

Organe(s) : Cœur Cœur-poumons Cœur-autre* : _____
* seulement si dérogation acceptée
 Poids : _____ kg Taille : _____ cm
 Diagnostic initial : _____ Nombre de greffes antérieures : _____
 Mesures thoraciques : CT : _____ cm VG : _____ cm VD : _____ cm H : _____ cm
 Sérologie(s) positive(s) (encerclez) : Ag HBs Anti-HBs Ag HBe Anti-HBe VHB-ADN Anti-VHC
 VHC-ARN Anti-HBc Anti-VIH Autre : _____

Statut actif :	
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4S
<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Statut inactif :	Raison(s) du retrait :
<input type="checkbox"/> Retrait temporaire	<input type="checkbox"/> Amélioration de l'état de santé
<input type="checkbox"/> Retrait définitif	<input type="checkbox"/> Psycho-sociale
<input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Médicale
	<input type="checkbox"/> Arrêt de traitement
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
	<input type="checkbox"/> Décès : _____ Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Don cadavérique : _____ Numéro d'identification unique : _____
	Transplantation confirmée par : _____
	<small>Nom en lettres moulées Signature</small>

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC

SECTION I – Inscription / Modification

Appel reçu de : _____ Date et heure : _____
AAAA-MM-JJ hh:mm
 Document(s) reçu(s) : Groupe sanguin Consentement Autre : _____
 Saisie informatique effectuée par : _____ Date et heure : _____
Signature AAAA-MM-JJ hh:mm
 Avis d'inscription/modification télécopié au CH : Oui _____
Initiales

SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation

Vérification de la saisie par : _____ Date et heure : _____
Signature AAAA-MM-JJ hh:mm
 Avis d'inscription/modification télécopié au CH : Oui _____
Initiales