

- Inscription initiale
 Modification
 Transplantation

Appel à Transplant Québec : À : _____
Nom du coordonnateur-conseiller clinique

Par : _____
Nom de la personne autorisée Centre de transplantation

Télécopie envoyée à Transplant Québec : Montréal (514) 286-0615 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) pertinente(s) : _____

Statut actif

4 4S 3.5 3 2 1

Statut inactif

Raison(s) du retrait

Retrait temporaire

Amélioration d'état de santé Psycho-sociale Médicale Arrêt de traitement Autre : _____

Commentaires : _____

Retrait définitif

Décès : _____ Décès relié à l'attente : Oui Non
AAAA-MM-JJ

Don cadavérique Numéro d'identification unique : _____

Transplanté

Transplantation confirmée par : _____

Nom en lettres moulées

Signature

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC

SECTION I – Inscription / Modification

Date et heure de l'appel du centre de transplantation : _____ : _____
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