

<input type="checkbox"/> Inscription initiale <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Transplantation	Appel à Transplant Québec : À : _____ <small>Nom de la personne autorisée</small>
	Par : _____ <small>Nom de la personne autorisée</small> <small>Centre de transplantation</small>
	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 : _____
 Incompatibilité ABO acceptée : Oui Non Compatibilité croisée virtuelle positive acceptée : Oui Non
 Particularité(s) du donneur : _____
 ↳ Poids min. : _____ kg Poids max. : _____ kg Taille min. : _____ cm Taille max. : _____ cm

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	
<input type="checkbox"/> 4	<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 d'état de santé <input type="checkbox"/> Psycho-sociale <input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Arrêt de traitement <input type="checkbox"/> Autre : _____ Commentaires : _____
<input type="checkbox"/> Retrait définitif	<input type="checkbox"/> Décès : _____ Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>AAAA-MM-JJ</small>
<input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Don cadavérique Numéro d'identification unique : _____ Transplantation confirmée par : _____ <small>Nom en lettres moulées</small> <small>Signature</small>

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