

- ☐ Inscription initiale
☐ Modification
☐ Transplantation

Appel à Transplant Québec : À : _____
Nom de la personne autorisée

Par : _____
Nom de la personne autorisée Centre de transplantation

Envoi du formulaire par courriel à Transplant Québec : admin.clinique@transplantquebec.ca

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 : _____
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 (selon tableau au verso) : _____ Nombre de greffes antérieures : _____
Mesures thoraciques : CT : _____ cm VG : _____ cm VD : _____ cm H : _____ cm
Sérologie(s) positive(s) pertinente(s) : _____

Statut actif

☐ 4 ☐ 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 envoyé 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 envoyé au CH : ☐ Oui _____
Initiales

Tableau des diagnostics cardiaques

DIAGNOSTIC INITIAL		DIAGNOSTIC SECONDAIRE	
Code	Description	Code	Description
32	Cardiomyopathie (CMP)	29	CMP dilatée
		01	CMP idiopathique
		30	Autre CMP avec dilatation (préciser)
		33	CMP métabolique/génétique
		34	CMP associée à la dystrophie musculaire
		35	CMP provoquée par des médicaments (chimiothérapie)
		12	CMP restrictive
		31	CMP hypertrophique
24	Myocardite	-	-
07	Maladie de l'artère coronaire (cardiomyopathie ischémique)	-	-
04	Maladie cardiaque valvulaire	-	-
23	Infarctus aigu du myocarde	-	-
15	Maladie cardiaque congénitale	16	Maladie cardiaque congénitale — cyanogène
		17	Maladie cardiaque congénitale — acyanogène
		99	Autre — préciser
36	Troubles métaboliques	-	-
37	Tumeur cardiaque	-	-
38	Arythmie réfractive	-	-
39	Dystrophie musculaire	-	-
44	Infection (Coronavirus)	-	-
98	Inconnu	-	-
99	Autre — préciser	-	-