

- 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](mailto: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

Nº 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

<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"/> Décès : AAAA-MM-JJ	Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro d'identification unique : _____	
<input type="checkbox"/> Retrait définitif	<input type="checkbox"/> Don cadavérique				
<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ Initialles \_\_\_\_\_

##### 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 \_\_\_\_\_ Initialles \_\_\_\_\_

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	-	-