

Inscription initiale
 Modification
 Transplantation

Appel à Transplant Québec : À : _____ Par : _____
Coordonnateur-conseiller clinique Nom de la personne autorisée

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) : Poumon simple droit Poumon simple ou doubles Poumons doubles
 gauche Poumons-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 :

Urgence pulmonaire 2

Statut inactif :

Raison(s) du retrait :

Retrait temporaire Amélioration de l'état de santé Psycho-sociale Médicale Arrêt de traitement
 Retrait définitif Autre (précisez) : _____ Décès : _____ Décès relié à l'attente : Oui Non
 Transplanté Don cadavérique : _____ hh:mm Numéro d'identification unique : _____
 Transplantation confirmée par : _____
Nom en lettres moulées Signature

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC

SECTION I – Inscription / Modification

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

SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation

Vérification de la saisie par : _____ Date et heure : _____
Signature
 Avis d'inscription/modification télécopié au CH : Oui _____
Initiales