TRANSPLANT QUÉBEC

AVIS D'INSCRIPTION / MODIFICATION

POUMONS

☐ 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

Nº 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 ❑ gauche ❑ Poumon simple ou doubles ❑ Poumons doubles ❑ Poumons-autre (seulement si dérogation acceptée) **:** _____

Poids : _____kg Taille : _____cm Nombre de greffes antérieures : _____

Diagnostic initial : _____ ❑ Maladie interstitielle ❑ Hypertension pulmonaire

Mesures thoraciques : CT : _____cm VG : _____cm VD : _____cm H : _____cm

Sérologie(s) positive(s) pertinente(s) : _____

Statut actif

❑ Urgence pulmonaire ❑ 2

Statut inactif	**Raison(s) du retrait**
❑ Retrait temporaire ❑ Retrait définitif ❑ Transplanté	❑ Amélioration d'état de santé ❑ Psycho-sociale ❑ Médicale ❑ Arrêt de traitement ❑ Autre : _____ Commentaires : _____ ❑ Décès : _____ (AAAA-MM-JJ) Décès relié à l'attente : ❑ Oui ❑ Non ❑ Don cadavérique Numéro d'identification unique : _____ **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 : _____ (Signature) Date et heure : _____ (AAAA-MM-JJ) : (hh:mm)

Avis d'inscription/modification télécopié au CH : ❑ Oui _____ (Initiales)

SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation

Vérification de la saisie par : _____ (Signature) Date et heure : _____ (AAAA-MM-JJ) : (hh:mm)

Avis d'inscription/modification télécopié au CH : ❑ Oui _____ (Initiales)