

- 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) : Foie Foie-autre* : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm
* seulement si dérogation acceptée

Diagnostic initial : _____ Nombre de greffes antérieures : _____

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 :

4F 3F MELD-Dérogation Entente avec autre programme (MELD-CHC à MELD-IH)

MELD-IH

Résultats de labo _____ (date de prélèvement)

Hémodialyse Anticoagulant

MELD-CHC

Résultats imagerie _____ (date de l'examen)

Résultats de labo _____ (date de prélèvement)

Statut inactif :

Raison(s) du retrait :

Amélioration de l'état de santé Psycho-sociale Médicale Arrêt de traitement

Retrait temporaire Autre (précisez) : _____ Décès : _____ Décès relié à l'attente : Oui Non

Retrait définitif Don cadavérique : _____ hh:mm Numéro d'identification unique : _____

Transplanté Don vivant : _____ CH : _____ Apparenté Non-apparenté

Lobe droit Lobe gauche

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 : _____

Confirmation : Pointage MELD-CHC : _____ Pointage MELD-IH : _____ Pointage MELD-DER : _____

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