

-
- 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

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) pertinente(s) : _____

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

<input type="checkbox"/> MELD-IH :	<input type="checkbox"/> Résultats de labo (date de prélèvement) _____ AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> MELD-CHC :	<input type="checkbox"/> Résultats imagerie (date de l'examen) _____ AAAA-MM-JJ
	<input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Anticoagulant		<input type="checkbox"/> Résultats de labo (date de prélèvement) _____ AAAA-MM-JJ

Statut inactif
Raison(s) du retrait
 Amélioration d'état de santé Psycho-sociale Médicale Arrêt de traitement Autre : _____

Commentaires : _____

 Retrait temporaire Décès : _____ Décès relié à l'attente : Oui Non
AAAA-MM-JJ
 Retrait définitif Don cadavérique Numéro d'identification unique : _____

 Transplanté Don vivant : _____ Apparenté Non-apparenté
AAAA-MM-JJ
 Lobe droit Lobe gauche

 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 : _____

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

 Saisie informatique effectuée par : _____ Date et heure : _____ : _____
Signature AAAA-MM-JJ hh:mm

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