

-
- 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
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 (selon tableau au verso) : _____ Nombre de greffes antérieures : _____

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

Statut actif

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 4F | <input type="checkbox"/> MELD-IH : _____
<small>(date de prélèvement)</small> <small>AAAA-MM-JJ</small> | <input type="checkbox"/> Résultats de labo _____ | <input type="checkbox"/> Hémodialyse | <input type="checkbox"/> Coumadin (anticoagulant) |
| <input type="checkbox"/> 3F | <input type="checkbox"/> MELD-CHC : _____
<small>(date de l'examen)</small> <small>AAAA-MM-JJ</small> | <input type="checkbox"/> Résultats imagerie _____ | <input type="checkbox"/> Résultats de labo _____
<small>(date de prélèvement)</small> <small>AAAA-MM-JJ</small> | |
| <input type="checkbox"/> MELD-Dérogation | | | | |
| <input type="checkbox"/> MELD-DER-PED (SCAFE) : | | <input type="checkbox"/> 40 pts | <input type="checkbox"/> 24 pts + 3 pts tous les 3 mois, jusqu'à 39 pts | |
| | | <input type="checkbox"/> 30 pts, puis 39 pts le mois suivant | <input type="checkbox"/> 29 pts + 2 pts tous les 2 mois, jusqu'à 39 pts | |
| <input type="checkbox"/> MELD-CHC à MELD-IH (entente avec autre programme) | | | | |

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"/> Retrait définitif | <input type="checkbox"/> Décès : _____
<small>AAAA-MM-JJ</small> | Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| | <input type="checkbox"/> Don cadavérique | Numéro d'identification unique : _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Transplanté | <input type="checkbox"/> Don vivant : _____
<small>AAAA-MM-JJ</small> | <input type="checkbox"/> Apparenté | <input type="checkbox"/> Non-apparenté | | |
| | <input type="checkbox"/> Lobe droit | <input type="checkbox"/> Lobe gauche | | | |
| Transplantation confirmée par : _____
<small>Nom en lettres moulées</small> <small>Signature</small> | | | | | |

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 du pointage : **MELD-CHC :** _____ **MELD-IH :** _____ **MELD-DER :** _____

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

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

Tableau des diagnostics hépatiques

DIAGNOSTIC INITIAL		DIAGNOSTIC SECONDAIRE	
Code	Description	Code	Description
519	Cholangiopathie post-greffe – Asymptomatique MELD-IH	-	-
508	Insuffisance hépatique chronique	11	Cholangite sclérosante
		13	Atrésie congénitale des voies biliaires
		09	Cirrhose — alcoolique
		10	Cirrhose — autre — préciser
		08	Cirrhose cryptogénique
		49	Cirrhose postnécrotique
		07	Cirrhose biliaire primitive
		14	Cirrhose biliaire secondaire
		42	Hépatite A
		43	Hépatite B
		60	Hépatite C
		06	Hépatite chronique active auto-immune
		51	Hépatite néonatale
		59	Hépatite non A, non B, non C
		12	Maladie de Budd-Chiari
		36	Maladie de Byler (cholestase intra-hépatique)
		15	Syndrome d'Alagille (dysplasie artériohépatique)
		62	Maladie polykystique du foie
		45	Médicamenteuse — autre — préciser
64	Stéatohépatite non alcoolique (NASH)		
46	Toxique		
507	Insuffisance hépatique aiguë (fulminante)	47	Autre insuffisance hépatique aiguë (y compris la maladie de Budd-Chiari et de Wilson)
		01	Hépatite A
		02	Hépatite B
		03	Hépatite C
		35	Hépatite Delta
		56	Hépatite médicamenteuse — acétaminophène
		04	Hépatite médicamenteuse — autre — préciser
		58	Hépatite non A, non B, non C
		05	Toxique
510	Trouble du métabolisme	20	Déficiencia en alpha-1-antitrypsine
		21	Glycogénose
		23	Hémochromatose
		27	Hyperlipoprotéinémie type 2
		24	Maladie de Niemann-Pick
		22	Maladie de Wilson
		26	Phénylcétonurie
		25	Protoporphyrrie
		28	Syndrome de Crigler-Najjar
		29	Tyrosinémie
34	Autre – préciser		
509	Tumeur hépatique	50	Angiosarcome
		16	Carcinome hépatocellulaire
		17	Cholangiocarcinome
		18	Hépatome fibrolamellaire
		19	Tumeur métastatique
34	Autre — préciser		
511	Autre	32	Affections kystiques
		52	Artère hépatique thrombosée
		514	Cholangiopathie
		30	Fibrose hépatique congénitale
		516	Fibrose kystique
		517	Hémangio-endothéliome épithélioïde hépatique
		31	Maladie de Caroli
		515	Syndrome hépato-pulmonaire
		518	Syndrome hépatorénal réfractaire
		98	Inconnu
99	Autre — préciser		