

- ☐ 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](mailto: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\* : \_\_\_\_\_  
\* seulement si dérogation acceptée Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Diagnostic (selon tableau au verso) : \_\_\_\_\_ Nombre de greffes antérieures : \_\_\_\_\_

Sérologie(s) positive(s) pertinente(s) : \_\_\_\_\_

**Statut actif**

- ☐ 4F ☐ MELD-IH : ☐ Résultats de labo \_\_\_\_\_  
(date de prélèvement)      AAAA-MM-JJ ☐ Hémodialyse ☐ Coumadin / Warfarine  
(anticoagulant)  
☐ 3F ☐ MELD-CHC (joindre le formulaire INS-FOR-014)  
☐ MELD-Dérogation (joindre le formulaire INS-FOR-015, si applicable)  
☐ MELD-DER-PED (SCAFE) : ☐ 40 pts ☐ 24 pts + 3 pts tous les 3 mois, jusqu'à 39 pts  
☐ 30 pts, puis 39 pts le mois suivant ☐ 29 pts + 2 pts tous les 2 mois, jusqu'à 39 pts  
☐ MELD-CHC à MELD-IH (entente avec autre programme)

**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 : \_\_\_\_\_  
☐ Don vivant : \_\_\_\_\_ ☐ Apparenté ☐ Non-apparenté  
AAAA-MM-JJ  
☐ Transplanté ☐ 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 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	Déficience en alpha-1-antitrypsine
		21	Glycogénose
		23	Hémochromatose
		27	Hyperlipoprotéïnémie 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