

<input type="checkbox"/> Inscription initiale	Appel à Transplant Québec : À : _____	Nom de la personne autorisée
<input type="checkbox"/> Modification	Par : _____	Nom de la personne autorisée
<input type="checkbox"/> Transplantation	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		
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 : <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Consentement <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Particularité(s) de l'organe ou du donneur : _____		
Informations médicales		
Organe(s) : <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 4F	<input type="checkbox"/> MELD-IH : <input type="checkbox"/> Résultats de labo (date de prélèvement) _____	<input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Coumadin / Warfarine (anticoagulant)
<input type="checkbox"/> 3F	<input type="checkbox"/> MELD-CHC (joindre le formulaire INS-FOR-014) <input type="checkbox"/> MELD-Dérogation (joindre le formulaire INS-FOR-015, si applicable) <input type="checkbox"/> MELD-DER-PED (SCAFE) : <input type="checkbox"/> 40 pts <input type="checkbox"/> 30 pts, puis 39 pts le mois suivant <input type="checkbox"/> MELD-CHC à MELD-IH (entente avec autre programme)	<input type="checkbox"/> 24 pts + 3 pts tous les 3 mois, jusqu'à 39 pts <input type="checkbox"/> 29 pts + 2 pts tous les 2 mois, jusqu'à 39 pts
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 : _____	Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Don cadavérique <input type="checkbox"/> Don vivant : _____	Numéro d'identification unique : _____
	<input type="checkbox"/> Lobe droit <input type="checkbox"/> Lobe gauche	<input type="checkbox"/> Apparenté <input type="checkbox"/> Non-apparenté
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) : <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Consentement <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Confirmation du pointage : MELD-CHC : _____ MELD-IH : _____ MELD-DER : _____		
Saisie informatique effectuée par : _____		
Date et heure : _____ : _____ AAAA-MM-JJ hh:mm		
Avis d'inscription/modification envoyé au CH : <input type="checkbox"/> Oui _____		
Initialles _____		
SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation		
Vérification de la saisie par : _____		
Date et heure : _____ : _____ AAAA-MM-JJ hh:mm		
Avis d'inscription/modification envoyé au CH : <input type="checkbox"/> Oui _____		
Initialles _____		

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
507	Insuffisance hépatique aiguë (fulminante)	64	Stéatohépatite non alcoolique (NASH)
		46	Toxique
		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
510	Trouble du métabolisme	05	Toxique
		20	Déficience en alpha-1-antitrypsine
		21	Glycogénose
		23	Hémochromatose
		27	Hyperlipoprotéinémie type 2
		24	Maladie de Niemann-Pick
		22	Maladie de Wilson
		26	Phénylcétoneurie
		25	Protoporphyrine
		28	Syndrome de Crigler-Najjar
		29	Tyrosinémie
		34	Autre — préciser
		50	Angiosarcome
		16	Carcinome hépatocellulaire
509	Tumeur hépatique	17	Cholangiocarcinome
		18	Hépatome fibrolamellaire
		19	Tumeur métastatique
		34	Autre — préciser
		32	Affections kystiques
		52	Artère hépatique thrombosée
511	Autre	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