

- 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) :  Pancréas  Rein  Intestin Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Diagnostic initial : \_\_\_\_\_ Nombre de greffes antérieures : \_\_\_\_\_

Si **pancréas-rein** accepte rein seul :  Oui  Non Centre transplanteur si rein seul : \_\_\_\_\_

Rein en double accepté :  Oui  Non Rein de DDC accepté :  Oui  Non

Patient dialysé :  Oui  Péritonéale  Hémodialyse  Date de la 1<sup>ère</sup> dialyse : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

Non Filtration glomérulaire : \_\_\_\_\_ ml / min / 1.73 m<sup>2</sup>

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

Retrait :	Raison(s) du retrait :
<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Psycho-sociale <input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Arrêt de traitement <input type="checkbox"/> Amélioration de l'état de santé
<input type="checkbox"/> Définitif	<input type="checkbox"/> Décès : _____ AAAA-MM-JJ Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
<input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Don cadavérique : _____ AAAA-MM-JJ hh:mm Numéro d'identification unique : _____
	<input type="checkbox"/> Don vivant : _____ AAAA-MM-JJ hh:mm CH : _____ <input type="checkbox"/> Apparenté <input type="checkbox"/> Non-apparenté
Statut :	<input type="checkbox"/> Rein droit <input type="checkbox"/> Rein gauche
<input type="checkbox"/> Actif	Transplantation confirmée par : _____ Nom en lettres moulées Signature
	<input type="checkbox"/> Perte de greffon < 3 mois : _____ AAAA-MM-JJ

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC

SECTION I – Inscription / Modification

Appel reçu de : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ hh:mm

Document(s) reçu(s) :  Groupe sanguin  Consentement  Autre : \_\_\_\_\_

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

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

SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation

Vérification de la saisie par : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ hh:mm  
Signature

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