

<input type="checkbox"/> Inscription initiale <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Montréal (514) 286-0615 <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

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 : _____
<input type="checkbox"/> Retrait définitif	Commentaires : _____
<input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Décès : _____ Décès relié à l'attente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAA-MM-JJ
	<input type="checkbox"/> Don cadavérique Numéro d'identification unique : _____
	<input type="checkbox"/> Don vivant : _____ <input type="checkbox"/> Rein droit <input type="checkbox"/> Rein gauche AAAA-MM-JJ
<b>Statut</b>	<input type="checkbox"/> Apparenté <input type="checkbox"/> Non-apparenté <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Échange Société canadienne du sang (SCS)
<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**

Date et heure de l'appel du centre de transplantation : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ hh:mm

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

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

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