

<input type="checkbox"/> Inscription initiale <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Transplantation	Appel à Transplant Québec : À : _____	_____
		Nom de la personne autorisée
	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 des greffes antérieures : _____ Priorité pour greffe séquentielle incomplète

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

Patient dialysé : Oui Péritonéale Hémodialyse Date de la 1^{ère} dialyse : _____
AAAA-MM-JJ

Non Filtration glomérulaire : _____ ml / min / 1.73 m²

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
Statut	<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