

## DEMANDE DE NUMÉRO DE DOSSIER TQ

Appel à Transplant Québec à : \_\_\_\_\_  
Coordonnateur-conseiller clinique

Télécopie envoyée à Transplant Québec :  Montréal (514) 286-0615  
 Québec (418) 845-8561

### Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ Sexe :  Féminin  Masculin

NAM ou autre RAM : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Rh : \_\_\_\_\_

Cœur  Poumons  Foie  Pancréas  Rein  Intestin

Centre de transplantation : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

Demande envoyée par : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

\_\_\_\_\_  
Titre d'emploi

### Section réservée à l'usage de Transplant Québec

#### SECTION I

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

Saisie informatique effectuée par : \_\_\_\_\_  
Signature du coordonnateur-conseiller clinique

**N° dossier TQ attribué :** \_\_\_\_\_

Numéro de dossier TQ télécopié au centre de transplantation :  Oui \_\_\_\_\_  
Initiales

#### SECTION II

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