

Appel à Transplant Québec : À : _____
Nom du coordonnateur-conseiller clinique

Par : _____
Nom complet du demandeur

Titre d'emploi

Centre de transplantation

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

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
AAAA-MM-JJ

NAM ou autre RAM : _____ N° dossier : _____

Groupe sanguin : _____ Rh : _____

Organe : Cœur Poumons Foie Pancréas Rein Intestin

Section réservée à l'usage de Transplant Québec

SECTION I

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

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 : _____ : _____
Signature AAAA-MM-JJ hh:mm