

Appel à Transplant Québec : À : _____
Nom de la personne autorisée

Par : _____
Nom complet du demandeur

Titre d'emploi

Centre de transplantation

Envoi du formulaire par courriel à Transplant Québec : admin.clinique@transplantquebec.ca

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 Îlots pancréatiques 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

N° dossier TQ attribué : _____

Numéro de dossier TQ envoyé au centre de transplantation : Oui _____
Initiales

SECTION II

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