

Appel à Transplant Québec :	À : _____ Nom de la personne autorisée
Par :	_____ Nom complet du demandeur
_____ Titre d'emploi	
_____ Centre de transplantation	
<b>Envoi du formulaire par courriel à Transplant Québec :</b> <a href="mailto:admin.clinique@transplantquebec.ca">admin.clinique@transplantquebec.ca</a>	
<b>Identification du patient</b>	
Nom :	Prénom : _____
Date de naissance :	AAAA-MM-JJ Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
NAM ou autre RAM :	Nº dossier : _____
Organe :	<input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> îlots pancréatiques <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Intestin
Document à joindre avec la demande de numéro de dossier TQ : <input type="checkbox"/> Groupe sanguin	

<b>Section réservée à l'usage de Transplant Québec</b>		
<b>SECTION I</b>		
Date et heure de l'appel du centre de transplantation :	AAAA-MM-JJ	: hh:mm
Saisie informatique effectuée par :	Signature	
<b>Nº dossier TQ attribué :</b> _____		
Numéro de dossier TQ envoyé au centre de transplantation :	<input type="checkbox"/> Oui	_____ Initiales
<b>SECTION II</b>		
Vérification de la saisie informatique effectuée par :	Signature	Date et heure : AAAA-MM-JJ : hh:mm