

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 : _____

Organe : ☐ Cœur ☐ Poumons ☐ Foie ☐ Pancréas ☐ Îlots pancréatiques ☐ Rein ☐ Intestin

Document à joindre avec la demande de numéro de dossier TQ : ☐ Groupe sanguin

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