

- 
- Inscription initiale
- 
- 
- Modification
- 
- 
- Transplantation

 Appel à Transplant Québec : À : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée

 Par : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée Centre de transplantation

 Envoi du formulaire par courriel à Transplant Québec : [admin.clinique@transplantquebec.ca](mailto:admin.clinique@transplantquebec.ca)
**La date et l'heure de la réception de l'avis téléphonique à Transplant Québec correspondent à la date et l'heure d'inscription du patient.**
**Identification du patient**

N° dossier TQ\* : \_\_\_\_\_ NAM ou autre RAM : \_\_\_\_\_ ABO : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Race/Origine raciale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

 \* Si inconnu, joindre le formulaire INS-FOR-008 *Demande de numéro de dossier TQ.*
**Informations générales**

 Document(s) à joindre avec l'inscription initiale :  Groupe sanguin  Consentement  Autre : \_\_\_\_\_

Particularité(s) de l'organe ou du donneur : \_\_\_\_\_

**Informations médicales**
**Organe(s) :**  Pancréas-îlots Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Diagnostic (selon tableau au verso) : \_\_\_\_\_ Nombre de greffes antérieures : \_\_\_\_\_

Sérologie(s) positive(s) pertinente(s) : \_\_\_\_\_

**Statut actif**
 3  2  1

**Statut inactif**
**Raison(s) du retrait**
 Retrait temporaire  Amélioration d'état de santé  Psycho-sociale  Médicale  Arrêt de traitement  Autre : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

 Retrait définitif  Décès : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ Décès relié à l'attente :  Oui  Non

 Transplanté  Don cadavérique Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

**Transplantation confirmée par :** \_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées Signature
**SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC**
**SECTION I – Inscription / Modification**
**Date et heure de l'appel du centre de transplantation :** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ hh:mm

 Document(s) reçu(s) :  Groupe sanguin  Consentement  Autre : \_\_\_\_\_

 Saisie informatique effectuée par : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Signature AAAA-MM-JJ hh:mm

 Avis d'inscription/modification envoyé au CH :  Oui \_\_\_\_\_  
Initiales
**SECTION II – Inscription / Modification / Transplantation**

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

 Avis d'inscription/modification envoyé au CH :  Oui \_\_\_\_\_  
Initiales



Tableau des diagnostics des îlots pancréatiques

DIAGNOSTIC INITIAL		DIAGNOSTIC SECONDAIRE	
Code	Description	Code	Description
08	Cancer des voies biliaires	-	-
07	Cancer du pancréas	-	-
02	Diabète de type 1	-	-
06	Diabète de type 2	-	-
04	Fibrose kystique	-	-
03	Pancréatectomie	-	-
01	Pancréatite chronique	-	-
05	Traumatisme	-	-
44	Infection (Coronavirus)	-	-
98	Inconnu	-	-
99	Autre — préciser	-	-