

- 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

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

Nº dossier TQ* : _____ NAM ou autre RAM : _____

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

<input type="checkbox"/> Retrait temporaire <input type="checkbox"/> Retrait définitif <input type="checkbox"/> Transplanté	<input type="checkbox"/> Amélioration d'état de santé <input type="checkbox"/> Psycho-sociale <input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Arrêt de traitement <input type="checkbox"/> Autre : _____
	Commentaires : _____
	<input type="checkbox"/> Décès : _____ <small>AAAA-MM-JJ</small> <input type="checkbox"/> Don cadavérique

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 Initialles

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 Initialles

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	-	-