

- ☐ 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 : \_\_\_\_\_

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

☐ 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 AAAAA-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 AAAAA-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	-	-