

Numéro d'identification unique

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Organe :  Rein droit  Rein gauche  Pancréas  
 Foie entier  Lobe droit  Lobe gauche

Centre de prélèvement \_\_\_\_\_

Chirurgien préleveur : \_\_\_\_\_

Coordonnateur responsable : \_\_\_\_\_

**PROBLÈMES CONSTATÉS À LA RÉCEPTION DE L'ORGANE / PROBLEMS NOTED UPON RECEPTION OF THE ORGAN**

- Organe non transplantable envoyé en pathologie\*  
*Non-transplantable organ sent in pathology\**
- Organe transplantable mais avec problème(s) constaté(s)\*  
*Transplantable organ but with problem(s) noted\**

Centre de transplantation /  
*Transplant center* : \_\_\_\_\_

Chirurgien transplanteur /  
*Transplant surgeon* : \_\_\_\_\_  
Signature

Ischémie froide / *Cold ischemia* : \_\_\_\_\_ heure(s) / *hour(s)*

\* Spécifier la ou les raison(s) en cochant la ou les case(s) de la section appropriée ou commenter à la section « Commentaires ».  
*Specify the reason(s) by checking the box(es) in the appropriate section or commenting in the "Comments" section.*

**Veillez retourner ce formulaire à Transplant Québec en utilisant l'enveloppe pré-adressée ci-jointe ou par courriel à l'adresse suivante :**  
***Please return this form to Transplant Québec using the enclosed pre-addressed envelope or by email at:***

[qualite@transplantquebec.ca](mailto:qualite@transplantquebec.ca)

**PROBLÈMES CONSTATÉS - TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT / PROBLEMS NOTED - COLLECTION TECHNOLOGY**

**Généralités pour TOUS LES ORGANES / General information for ALL ORGANS**

- Tumeur(s) non détectée(s) ou signalée(s) / *Tumor(s) not detected or reported*
- Anomalie vasculaire non signalée / *Unreported vascular anomaly*
- Traumatisme artériel / *Arterial trauma/injury*
- Traumatisme veineux / *Venous trauma/injury*
- Hémostase insatisfaisante / *Unsatisfactory hemostasis*
- Organe sur-disséqué / *Organ over dissected*

**Spécificités – REIN / Specificities – KIDNEY**

- Décapsulation / *Decapsulation*
- Traumatisme du parenchyme / *Parenchymal injury*
- Athéromatose / *Atheromatosis*
- Absence de collerette artérielle / *Absence of arterial cuff*
- Organe insuffisamment disséqué / *Organ not sufficiently dissected*
- Organe sur-disséqué / *Organ over dissected*
- Anomalie urétérale / *Ureteral abnormalities*
- Traumatisme urétéral / *Ureteral trauma/injury*
- Veine cave absente rein droit / *Absence of IVC with right renal vein*
- Infarctus polaire / *Polar infarct*

**Spécificités – PANCRÉAS / Specificities – PANCREAS**

- Traumatisme duodénal / *Duodenal trauma/injury*
- Segments d'artères inadéquats ou absents / *Inadequate or absent artery segments*
- Segments de veines iliaques inadéquats ou absents / *Inadequate or absent iliac vein segments*

**Spécificités – FOIE / Specificities – LIVER**

- Segments d'artères inadéquats ou absents / *Inadequate or absent artery segments*
- Segments de veines iliaques inadéquats ou absents / *Inadequate or absent iliac vein segments*

**RAPPORT D'ÉVÉNEMENT EXTERNE  
EXTERNAL EVENT REPORT**

**PROBLÈMES CONSTATÉS - CONDITION DES ORGANES / PROBLEMS NOTED - CONDITION OF ORGANS**

Emballage interne inadéquat (ex. : contenant non étanche ou sac plastique manquant ou non étanche) / *Inadequate internal packaging (e.g. non-sealed container or missing or non-sealed plastic bag)*

Engellure du greffon / *Thermal injury*

Boîte isothermique : glace insuffisante / *Isothermal box: insufficient ice*

Boîte isothermique inadéquate (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Inadequate isothermal box (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*

Boîte isothermique ou contenu mal identifié (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Isothermal box or misidentified contents (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*

Absence de matériel de typage (rate, ganglions) / *Absence of typing material (spleen, nodes)*

**PROBLÈMES CONSTATÉS - AUTRES ÉVÉNEMENTS / PROBLEMS NOTED - OTHER EVENTS**

Formulaire de bilan per-opératoire du donneur d'organes de Transplant Québec manquant ou incomplet / *Transplant Québec OR Sheet missing or incomplete*

Informations incomplètes ou erronées du donneur (Si « OUI », clarifiez dans la section « Commentaires » ci-dessous.) / *Incomplete or erroneous information from the donor (If "YES", please clarify in the "Comments" section below.)*

Informations incomplètes ou erronées du greffon / *Incomplete or erroneous information of the graft*

Problèmes reliés au transport du greffon / *Issues related to graft transport*

Problème avec les solutions de conservation (ex. : quantité insuffisante) / *Problem with preservation solutions (e.g. insufficient quantity)*

**Commentaires (s'il y a lieu) / Comments (if applicable) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE TRANSPLANT QUÉBEC**

Mesure(s) corrective(s) demandée(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Directeur médical AAAA-MM-JJ

---

Suivi nécessaire : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fermé Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Gestionnaire responsable de la DQCPE AAAA-MM-JJ

Compilation effectuée par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ N° rapport : **REE - -**  
Initiales AAAA-MM-JJ