

**Identification du donneur potentiel d'organes**

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique : \_\_\_\_\_

(numéro de Transplant Québec)

Prénom : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

**Évaluation générale du donneur potentiel**

Tests sériques	Test urinaire	Imageries médicales	Autres examens
<input checked="" type="checkbox"/> ABO (groupé - croisé) <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> FSC <input checked="" type="checkbox"/> Hb glyquée (HbA1c) <input checked="" type="checkbox"/> Hémoculture x 2 (2 sites de prélèvement différents) <input checked="" type="checkbox"/> Histocompatibilité, sérologie et virologie (sous la responsabilité de Transplant Québec) <input checked="" type="checkbox"/> Na, K	<input checked="" type="checkbox"/> Culture d'urine	<b>1<sup>er</sup> choix</b> <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne C+ <sup>1</sup>  <b>2<sup>e</sup> choix – Insuffisance rénale connue</b> <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne C- <sup>1</sup>  <b>3<sup>e</sup> choix – Donneur potentiel ne tolère pas la position couchée</b> <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire + <input type="checkbox"/> Échographie abdominale <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Examen physique <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> Poids et taille <input checked="" type="checkbox"/> Pouls <input checked="" type="checkbox"/> Pression artérielle <input checked="" type="checkbox"/> Saturation <input checked="" type="checkbox"/> Température

<sup>1</sup> Communiquer avec le radiologiste afin de faire compléter le formulaire EVA-FOR-013.FA *Évaluation radiologique abdominale / Abdominal Evaluation Form* de Transplant Québec.

<sup>2</sup> S'assurer que l'équipe traitante effectue l'examen physique selon le formulaire EVA-FOR-007.F *Examen physique du donneur / EVA-FOR-007.A Donor Physical Exam* de Transplant Québec.

**Analyses spécifiques par organe**

Effectuer les analyses selon les organes considérés (cocher la ou les cases appropriées).

<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Reins
<input type="checkbox"/> AST ou ALT <input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Amylase ou lipase <input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Culture sur échantillon d'expectoration, si possible  Au prélèvement des poumons : <input type="checkbox"/> Culture sur échantillon d'aspiration endotrachéale, de lavage bronchique ou de lavage broncho-alvéolaire	<input type="checkbox"/> Analyse d'urine <input type="checkbox"/> Ratio albumine/créatinine <input type="checkbox"/> Ratio protéine/créatinine <input type="checkbox"/> Urée

**Dépistage COVID** (selon les procédures de Transplant Québec)

 Nasopharyngé

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

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

 Autre : \_\_\_\_\_

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

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

**Analyses supplémentaires**


**La dose d'HÉPARINE à prescrire sera transmise par Transplant Québec  
(dose déterminée par le chirurgien responsable du prélèvement).**