

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE VERS LA TRANSPLANTATION HÉPATIQUE CHEZ L'ADULTE

Pour orienter un candidat vers une transplantation hépatique chez l'adulte, veuillez remplir le présent formulaire et y joindre tous les documents pertinents.

Pour obtenir des renseignements sur l'aiguillage des patients adultes vers la transplantation hépatique, veuillez visiter le site Web du Réseau Trillium pour le don de vie afin de connaître les critères d'aiguillage :

<https://www.giftoflife.on.ca/fr/professionals.htm>

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et tous les documents pertinents au centre de transplantation concerné dont l'adresse figure ci-dessous :

London Health Sciences Centre

Équipe des transplantations hépatiques

University Hospital

339 Windermere Road

London (Ontario) N6A 5A5

Tél. : 519 685-8500, poste 33354

Télééc. : 519 663-3858

Réseau universitaire de santé

Liver Transplant Assessment Clinic

Hôpital Toronto General

200, rue Elizabeth, NCSB11C-1222

Toronto (Ontario) M5G 2N2

Tél. : 416 340-4800, poste 6521

Télééc. : 416 340-4779

Une fois rempli, le présent formulaire réduira le temps nécessaire à la recherche d'information sur votre patient et à l'étude subséquente d'une transplantation possible. Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés.

À REMPLIR PAR LE PROGRAMME DE TRANSPLANTATION/HÉPATOLOGUE :

(Na) MELD : _____ **CHC :** Oui Non

URGENCE : Élevée (dans les 2 semaines) Normale (prochain rendez-vous disponible)

Recommandation acceptée pour un patient atteint de MHA : Oui Non S.O.

Date : _____ **Initiales :** _____

À REMPLIR PAR LE PROGRAMME DE TRANSPLANTATION À LA RÉCEPTION DU FORMULAIRE :

Date de réception du formulaire d'aiguillage : _____

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Numéro de carte Santé : _____

Code de version : ____

Date de naissance : _____ Sexe : Homme Femme

Adresse/ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Lieu où se trouve le patient : Domicile Hôpital Autre : _____

Besoin d'un interprète : Oui Non Si oui, langue _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR LE PATIENT

ABO du patient : A B AB O Inconnu

Diagnostic : Cirrhose Cancer du foie Autre : _____

Autres maladies : Diabète Cardiopathie Autre : _____

Diagnostic attribuable à (choisir toutes les options applicables) :

VHC VHB SHNA HAI CBP CSP

Alcool; période d'abstinence d'alcool : _____ Autre : _____

Complications :

Ascite

Contrôlée avec diurétiques Exige une paracentèse régulière

PBS, dernier épisode : _____ Saignement variqueux, dernier épisode : _____

Encéphalopathie, dernier épisode : _____ Insuffisance rénale aiguë (IRA)

Autre : _____

Dialyse :

Le patient est-il présentement en dialyse? Oui Non

Le patient a-t-il besoin d'une dialyse lors de l'évaluation dans ce centre? Oui Non

FICHIERS JOINTS DES RÉSULTATS D'ANALYSES DE LABORATOIRE ET DE CONSULTATIONS

Date des résultats des analyses de laboratoire : _____

- Bilirubine total : _____ µmol/L INR : _____ Créatinine : _____ µmol/L
 Sodium : _____ µmol/L Numération plaquettaire : _____ x10⁹/l

Veillez joindre des copies des rapports suivants, **LE CAS ÉCHÉANT** :

Tests :

- Échographie, tomodensitométrie, IRM – Foie et veine porte
 Œsophagogastroduodénoscopie (EGD)

Tests additionnels (si disponibles) :

- Coloscopie Exploration fonctionnelle respiratoire Test cardiaque
 Notes de consultation/Lettres cliniques OU rapports
 Autre : _____

OBSERVATIONS ADDITIONNELLES

MÉDECIN ORIENTEUR

Nom du médecin orienteur : _____

Organisation du médecin orienteur : _____

N° de facturation : _____ N° de téléphone : _____

Adresse/ville : _____ Code postal : _____

Formulaire d'aiguillage transmis à :

- London Health Sciences Centre Réseau universitaire de santé

Signature : _____ Date de transmission : _____

La partie suivante est à remplir uniquement pour les patients atteints de maladie hépatique alcoolique (MHA). Pour orienter un patient atteint de MHA, veuillez fournir les renseignements médicaux et psychosociaux demandés ci-dessous.

MALADIE HÉPATIQUE ALCOOLIQUE (MHA) – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Type de patient atteint de MHA : Hépatite alcoolique aiguë (HAA) MHA chronique

NOTA : LES PATIENTS ATTEINTS DE HAA DEVRAIENT ÊTRE **ORIENTÉS IMMÉDIATEMENT** VERS UN PROGRAMME DE TRANSPLANTATION

PARTIE RÉSERVÉE AUX PATIENTS ATTEINTS DE HAA

Premier tableau clinique d'hépatite alcoolique : Oui Non

Diagnostic antérieur d'hépatopathie chronique : Oui Non

Score de Maddrey : _____ Date du test du score de Maddrey : _____

Score de Lille : _____ Date du test du score de Lille : _____

HAA confirmée par biopsie : Oui Non Date de la biopsie : _____
(le cas échéant) (le cas échéant)

MALADIE HÉPATIQUE ALCOOLIQUE (MHA) – RENSEIGNEMENTS PSYCHOSOCIAUX

Le patient a-t-il cessé de consommer de l'alcool après le diagnostic de la MHA?

Oui Non

Date du diagnostic de l'hépatopathie : _____

Date de la dernière consommation d'alcool : _____

Le patient s'engage-t-il à s'abstenir de consommer de l'alcool à long terme?

Oui Non

Veuillez ajouter des détails, le cas échéant :

Le patient s'engage-t-il à suivre un traitement contre le trouble de l'usage de l'alcool avant et après la transplantation?

Oui Non

Veillez ajouter des détails, le cas échéant :

Le patient a échoué une seule fois à un traitement contre le trouble de l'usage de l'alcool :

Oui Non

Si le patient a connu un échec au traitement, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Nom du spécialiste traitant en toxicomanie : _____

Coordonnées du spécialiste traitant en toxicomanie (téléphone ou courriel) : _____

Type de spécialiste traitant en toxicomanie :

Psychologue Psychiatre Autre (veuillez préciser) : _____

Le patient ne manifeste aucune comorbidité active relativement à un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, exception faite du trouble de l'usage du cannabis et du trouble de l'usage du tabac : Oui Non

Le patient bénéficie de conditions de logement et de vie stables : Oui Non

Le patient a nommé une personne de soutien/personne soignante : Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Nom de la personne de soutien nommée : _____

Lien avec le patient : _____

Antécédents psychiatriques (à remplir le cas échéant) :

Diagnostics : _____

Traitements : _____ Dates d'admission : _____

Nom du fournisseur de soins de santé mentale : _____

Antécédents de comportements d'automutilation ou de tentatives de suicide : Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails :

Antécédents de non-observance du traitement médical ou psychiatrique : Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails :