

## FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS UNE GREFFE DE REIN

**Critères d'orientation pour une greffe de rein :** Les patients doivent être dirigés vers une évaluation par le programme de transplantation lorsqu'un traitement de suppléance rénale sera requis dans les 12 prochains mois. Les patients ayant déjà besoin d'un soutien en matière de dialyse doivent être dirigés vers une évaluation aux fins de transplantation dès que leur état médical se stabilise. Les critères figurant ci-après représentent les conditions convenues pour lesquelles un patient doit être dirigé vers une évaluation aux fins d'une greffe de rein.

- 1) Maladie du rein chronique : la recommandation d'une greffe de rein doit être prise en compte pour les patients atteints d'une maladie du rein chronique progressive.
- 2) Insuffisance rénale chronique au stade ultime : la recommandation d'une greffe de rein doit être prise en compte pour les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique au stade ultime.

**Pour diriger un candidat vers une greffe de rein ou une greffe de rein-pancréas, veuillez remplir le présent formulaire et joindre tous les documents applicables.**

Pour les patients souhaitant avoir une greffe de rein venant d'un donneur vivant, veuillez les diriger vers le centre de transplantation de leur choix. Pour les greffes de rein venant de donneurs adultes décédés, veuillez diriger le patient vers le centre approprié en consultant le tableau ci-dessous :

Centre de transplantation	Zone desservie pour l'orientation vers un RLISS
Centre des sciences de la santé de London	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erie St. Clair</li> <li>▪ Sud-Ouest</li> <li>▪ Nord-Est (Sudbury et Sault St. Marie)</li> <li>▪ Waterloo Wellington</li> <li>▪ Nord-Ouest</li> </ul>
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hamilton Niagara Haldimand Brant</li> <li>▪ Mississauga Halton</li> </ul>
Réseau universitaire de santé <i>ou</i> Hôpital St. Michael	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centre-Ouest</li> <li>▪ Toronto-Centre</li> <li>▪ Centre</li> <li>▪ Centre-Est</li> <li>▪ North Simcoe Muskoka</li> <li>▪ Nord-Est (North Bay)</li> </ul>
Hôpital général de Kingston	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sud-Est</li> </ul>
L'Hôpital d'Ottawa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Champlain</li> </ul>

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au centre de transplantation indiqué ci-dessous :

**Réseau universitaire de santé**

Transplant Assessment Center c/o NCSB 12C-1217  
 Hôpital Toronto General  
 585, avenue University  
 Toronto (Ontario) M5G 2N2  
 Télécopieur (rein) : 416-340-5209  
 Télécopieur (pancréas) : 416-340-4340  
 Courriel : Kidneytransplantreferral@uhn.ca

**Hôpital St. Michael**

Kidney Transplant Program  
 61 Queen Street East, 9<sup>e</sup> étage  
 Toronto (Ontario) M5C 2T2  
 Téléc. : 416-867-3723  
 Courriel : Kidneytransplantreferral@smh.ca

**Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton**

Department of the Renal Transplant Program and Clinics  
 Level 0 Marian Wing  
 50 Charlton Ave E.  
 Hamilton (Ontario) L8N 4A6  
 Téléc. : 905-521-6189

**The Hospital for Sick Children**

Renal Transplant Program  
 555, avenue University, salle 6428  
 Toronto (Ontario) M5G 1X8  
 Téléc. : 416-813-5541

**Hôpital général de Kingston**

Renal Transplant Office, Burr Room 21.3.025  
 76, rue Stuart  
 Kingston (Ontario) K7L 2V7  
 Téléc. : 613-548-1394

**Centre des sciences de la santé de London**

Renal Recipient Transplant Office, UH Campus  
 339 Windermere Rd.  
 London (Ontario) N6A 5A5  
 Téléc. : 519-663-3858

**L'Hôpital d'Ottawa**

Campus Riverside de L'Hôpital d'Ottawa  
 Bureau des transplantations rénales, salle 518  
 1967, promenade Riverside  
 Ottawa (Ontario) K1H 7W9  
 Téléc. : 613-738-8489

# FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS UNE GREFFE DE REIN

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ORIENTATION

Médecin orienteur : \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

Nom du contact au centre acheminant le client : \_\_\_\_\_ N° du contact : \_\_\_\_\_

Centre acheminant le client : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Formulaire d'orientation transmis à : \_\_\_\_\_ Date de transmission : \_\_\_\_\_

Orientation urgente sur le plan médical si oui, veuillez préciser la raison :

- Absence d'accès vasculaire       Complications urémiques malgré la prescription dialytique maximale  
 Cardiomyopathie urémique       Péricardite urémique       Neuropathie urémique grave  
 Autre : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ N° de la carte Santé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : mm / jj / aaaa      Race : \_\_\_\_\_      Sexe :  Homme  Femme

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

Nom du MG : \_\_\_\_\_      Personne-ressource du MG : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ABO : \_\_\_\_\_ Facteur Rh :  Positif  Négatif      Taille (m) : \_\_\_\_\_ Poids (kg) : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_      R-EGF : \_\_\_\_\_ ml/min/1,73m<sup>2</sup> le \_\_\_\_\_ (date)

Dialyse :  Oui  Non      Date de début de la dialyse : mm / jj / aaaa

Type de dialyse : \_\_\_\_\_      Horaire de dialyse : \_\_\_\_\_

Unité de dialyse actuelle : \_\_\_\_\_      Mode d'accès pour la dialyse : \_\_\_\_\_

Le patient a reçu une transfusion sanguine :  Oui  Non

Si oui, nombre de fois : \_\_\_\_\_ Date de la transfusion sanguine la plus récente : \_\_\_\_\_

Donneur(s) vivant(s) potentiel(s) :  Oui  Non      Transplantation antérieure :  Oui  Non

Demande d'évaluation d'une greffe combinée rein-pancréas :  Oui  Non

## FICHIERS JOINTS DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DES CONSULTATIONS

### REQUIS

- Lettre du néphrologue orienteur       Liste actuelle de tous les médicaments du patient

### Dépistage du cancer conformément aux principes de l'Action Cancer Ontario

- Test Pap dans les 3 ans – Pour les femmes sexuellement actives  
 Mammographie dans les 2 ans – Pour les femmes 50 ans à 74 ans  
 Dépistage du cancer du côlon par recherche de sang occulte dans les selles ou par coloscopie tous les deux ans chez les personnes de 50 à 74 ans

Joindre si important sur le plan clinique :

- Évaluation relative au travail social       Autres consultations pertinentes; veuillez préciser :

# FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS UNE GREFFE DE REIN

## RÉSULTATS DES ESSAIS EN LABORATOIRE ET DES TESTS DE DIAGNOSTIC RÉCENTS

Tous les essais et évaluations doivent être faits dans l'année suivant la date d'orientation, sauf indication contraire. Veuillez joindre les résultats suivants (si les résultats ne sont pas disponibles, prière de ne pas retarder l'orientation) :

### I. Essais en laboratoire généraux

#### REQUIS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Détermination du groupe sanguin | <input type="checkbox"/> AST, ALT, ALKP                                   |
| <input type="checkbox"/> Électrolytes, bicarbonate       | <input type="checkbox"/> Calcium, phosphate                               |
| <input type="checkbox"/> Urée, créatinine                | <input type="checkbox"/> Épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale |
| <input type="checkbox"/> Albumine, protéine totale       | <input type="checkbox"/> HgbA1C   |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine                      | <input type="checkbox"/> Cholestérol/triglycéride/HDL/LDL                 |
| <input type="checkbox"/> FSC                             | <input type="checkbox"/> PTH  |
| <input type="checkbox"/> RIN, PTT                        |   |

Joindre si important sur le plan clinique :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analyse des urines de routine  | <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine pour culture et antibiogramme – si encore capable d'uriner |
| <input type="checkbox"/> Dépistage du drépanocyte – Pour les patients noirs ou les patients ayant des origines génétiques en Méditerranée orientale ou sur le sous-continent indien |   |

### II. Évaluation cardiaque

#### REQUIS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ECG (à 12 dérivations) | <input type="checkbox"/> Échocardiogramme |
|---|---|

Joindre si important sur le plan clinique :

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Angiogramme coronaire   |
| <input type="checkbox"/> Examens de perfusion cardiaque (ECG d'effort/MIBI) – Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou d'angine, ou de diabète, ou ayant un IMC > 34 m ou âgés de > 40 ans présentant au moins trois des facteurs de risque suivants : taux de cholestérol élevé, tabagisme, hypertension, antécédents familiaux, IMC > 30. |

### III. Maladie infectieuse et tests virologiques

#### REQUIS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CMV IgG   | <input type="checkbox"/> HTLV1 et HTLV2  |
| <input type="checkbox"/> EBV IgG   | <input type="checkbox"/> Anticorps de l'hépatite C   |
| <input type="checkbox"/> Anticorps VZV   | <input type="checkbox"/> Anticorps nucléocapsidique de l'hépatite B (HBcAb)  |
| <input type="checkbox"/> Test de sensibilité cutané à la tuberculine ou équivalent | <input type="checkbox"/> Antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg)   |
| <input type="checkbox"/> Syphilis (VDRL)   | <input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBs (HBsAb) – Si le patient est un non-répondeur, s'assurer qu'il a reçu deux séries complètes de vaccins et qu'il est encore non-répondeur. |
| <input type="checkbox"/> Sérologie (VIH)   |  |
| <input type="checkbox"/> la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO)            |  |

Joindre si important sur le plan clinique :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADN du VHB – Si HBcAb ou HBsAg positif | <input type="checkbox"/> Test HepC RNA – Si porteur de l'hépatite C |
|---|---|

# FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS UNE GREFFE DE REIN

## IV. Autres tests

### REQUIS

Radiographie des poumons (PA et lat)

Échographie abdominale/rénale

Joindre si important sur le plan clinique :

Biopsie rénale, si disponible

## V. Tests additionnels pour les PATIENTS EN PÉDIATRIE SEULEMENT (<18 ans)

### REQUIS

Carnet de vaccination

Âge osseux

Joindre si important sur le plan clinique :

Audiogramme – si <6 ans

EEG – si <6 ans ou antécédents de convulsions

Courbes de croissance (circonférence de la tête)  
– si <6 ans

Consultation d'oto-rhino-laryngologie

## Exigences propres au centre

Centre de transplantation	Exigences additionnelles
Centre des sciences de la santé de London	<input type="checkbox"/> TDM abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste pour évaluer la calcification des vaisseaux pelviens des personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les diabétiques</li> <li>• Les patients ayant une maladie vasculaire périphérique</li> <li>• Les patients ayant déjà reçu une transplantation</li> <li>• Les patients ayant une maladie polykystique des reins (MPR)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Urine pour cytologie <input type="checkbox"/> Questionnaire préopératoire dûment rempli <u>Dépistage du cancer</u> <input type="checkbox"/> APS annuel – Pour les hommes > 50 ans ou les hommes noirs > 40 ans, ou les hommes > 40 ans et plus dont plus d'un membre de la famille a reçu un diagnostic de cancer de la prostate
Hôpital St. Michael	<u>Dépistage du cancer</u> <input type="checkbox"/> APS annuel – Pour les hommes > 50 ans ou les hommes noirs > 40 ans, ou les hommes > 40 ans et plus dont plus d'un membre de la famille a reçu un diagnostic de cancer de la prostate