

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPLANTATION RÉNALE

## Directives d'orientation pour la transplantation rénale

La transplantation rénale doit être envisagée pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (CKD) ou d'insuffisance rénale terminale (ESKD). Les programmes régionaux de référence en néphrologie (RRP) doivent disposer de processus robustes pour évaluer annuellement l'admissibilité des patients à une orientation vers une transplantation rénale.

<p><b>Ne procédez pas à l'orientation si l'une des situations suivantes s'applique :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur maligne active (cancer métastatique)</li> <li>• Valverie critique inopérable</li> <li>• cardiopathie ischémique évolutive irréversible active</li> <li>• Dysfonction ventriculaire gauche sévère (LVEF &lt; 20 %) (sauf si elle est possiblement d'origine urémique)</li> <li>• Le patient n'a pas consenti à l'évaluation en vue d'une transplantation</li> </ul>
--	--

**Pour orienter un candidat vers une transplantation rénale ou rénale/pancréatique, veuillez remplir ce formulaire et joindre tous les documents requis.**

Programmes de transplantation rénale		Programmes de transplantation multi-organes	
<b>KGH</b>	Hôpital général de Kingston Fax : 613-548-2561 E-mail : <a href="mailto:KKTPFaxMailbox@kingstonhsc.ca">KKTPFaxMailbox@kingstonhsc.ca</a>	<b>LHSC</b>	Centre des sciences de la santé de Londres Fax : 519-663-3858 Courriel : <a href="mailto:kidneytransplantreferral@lhsc.on.ca">kidneytransplantreferral@lhsc.on.ca</a>
<b>SJHH</b>	St. Joseph's Healthcare Hamilton Fax : 905-521-6189 Courriel : <a href="mailto:kidneytransplantreferral@stjoes.ca">kidneytransplantreferral@stjoes.ca</a>		
<b>SMH</b>	Unité de santé de Toronto - Hôpital St. Michael's Courriel : <a href="mailto:kidneytransplantreferrals@smh.ca">kidneytransplantreferrals@smh.ca</a> Fax : 416-867-7418		
<b>TOH</b>	L'Hôpital d'Ottawa Fax : 613-738-8489	<b>UHN</b>	Réseau de santé universitaire Fax (Rein) : 416-340-5209 Fax (Pancréas) : 416-340-4340 E-mail : <a href="mailto:Kidneytransplantreferral@uhn.ca">Kidneytransplantreferral@uhn.ca</a>

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPLANTATION RÉNALE

## INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME DE RECOMMANDATION

Néphrologue référent : \_\_\_\_\_ Numéro de contact : \_\_\_\_\_

Infirmière référente : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Centre référent : \_\_\_\_\_ Date de soumission : jj/mm/aaaa

Service de transplantation des établissements suivants :  KGH  LHSC  SJHH  SMH  TOH  UHN

Orientation médicale urgente : si oui, veuillez indiquer le motif :

Absence d'accès pour dialyse  Cardiomyopathie urémique  Neuropathie urémique  Autre : \_\_\_\_\_

Demande d'évaluation combinée rein-pancréas/îlots de Langerhans :  Oui  Non

## INFORMATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro de carte d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date de naissance: jj/mm/aaaa Race : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Le genre est différent du sexe biologique :  Oui  Non

Interprète requis? :  Oui  Non Si oui, quelle langue? \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel du patient : \_\_\_\_\_

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS CLINIQUES

Groupe sanguin ABO : \_\_\_\_\_ Taille (m) : \_\_\_\_\_ Poids (kg) : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_

Cause de la maladie rénale : \_\_\_\_\_

eGFR : \_\_\_\_\_ ml/min/1,73 m<sup>2</sup> jj/mm/aaaa OU Date de début de dialyse : jj/mm/aaaa  
(Date de début obligatoire si vous êtes sous dialyse)

Unité de dialyse actuelle : \_\_\_\_\_ Programme de dialyse : \_\_\_\_\_

Type de dialyse : \_\_\_\_\_ Type d'accès pour dialyse :  
 Fistule AV  Greffe AV  CVC  Cathéter PD

Le patient a reçu une transfusion sanguine :

Oui  Non  Inconnu

Si oui, nombre de fois : \_\_\_\_\_ Date de la dernière transfusion sanguine : jj/mm/aaaa

Grossesse antérieure :  Oui  Non Greffe antérieure :  Oui  Non

Le patient a-t-il un ou plusieurs donneurs vivants potentiels?  Oui  Non

Lien de parenté entre le donneur potentiel et le patient : \_\_\_\_\_

Le patient est-il un donneur vivant antérieur :  Oui  Non

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPLANTATION RÉNALE

ANTECEDENTS MEDICAUX, ANALYSES DE LABORATOIRE ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES REQUIS	
Tous les résultats d'analyse doivent dater de <b>moins d'un an</b> , sauf indication contraire. Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés et/ou pourraient retarder la prise en charge du patient. Les tests ayant donné des résultats positifs doivent faire l'objet d'un suivi approprié. Veuillez cocher chaque case pour indiquer que vous avez inclus les résultats des tests.	
<p><b>Antécédents médicaux et sociaux</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aperçu des antécédents médicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Liste actuelle de tous les médicaments du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation en travail social</p> <p><b>Dépistage du cancer à jour conformément aux directives de <a href="#">Cancer Care Ontario</a> pour :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cancer du col de l'utérus</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer du sein</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer colorectal</p> <p><b>Analyses générales de laboratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Détermination du groupe sanguin ABO</p> <p><input type="checkbox"/> ALT, ALKP</p> <p><input type="checkbox"/> Électrolytes, bicarbonate</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium, Phosphate</p> <p><input type="checkbox"/> Urée, créatinine</p> <p><input type="checkbox"/> Albumine, Protéines totales</p> <p><input type="checkbox"/> HbA1C</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirubine</p> <p><input type="checkbox"/> Cholestérol/Triglycérides/HDL/LDL</p> <p><input type="checkbox"/> CBC</p> <p><input type="checkbox"/> PTH</p> <p><input type="checkbox"/> INR, PTT</p>	<p><b>Évaluation cardiaque</b></p> <p><input type="checkbox"/> ECG (12 dérivations)</p> <p><input type="checkbox"/> Échocardiographie</p> <p><b>Tests de maladies infectieuses et de virologie</b></p> <p><input type="checkbox"/> IgG anti-CMV</p> <p><input type="checkbox"/> IgG anti-EBV</p> <p><input type="checkbox"/> Ag/Ac anti-VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis (VDRL)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-VZV</p> <p><input type="checkbox"/> HTLV1 et HTLV2</p> <p><input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons et rubéole</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBc</p> <p><input type="checkbox"/> Antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps de surface de l'hépatite B (HBsAb) <i>Si le patient ne répond pas, assurez-vous qu'il a reçu 2 séries complètes de vaccinations et qu'il est toujours non réactif.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps contre l'hépatite C</p> <p><input type="checkbox"/> Test cutané à la tuberculine en deux étapes ou test de libération d'interféron gamma (IGRA) ou équivalent</p> <p><b>Autres tests</b></p> <p><input type="checkbox"/> Radiographie thoracique (PA et lat)</p> <p><input type="checkbox"/> Échographie abdominale et rénale complète (avec Doppler iliaque ou tomographie abdominale sans contraste selon le programme prescrit)</p>
TESTS SUPPLEMENTAIRES	
Les examens suivants peuvent être nécessaires avant de déterminer l'admissibilité à la liste de transplantation. Veuillez joindre ces documents s'ils sont disponibles.	
<p><b>Joindre si disponible et/ou cliniquement significatif :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse d'urine de routine</p> <p><input type="checkbox"/> Culture d'urine et antibiogramme – <i>si l'urine est toujours présente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage de la drépanocytose - <i>Pour les patients noirs ou les patients ayant des origines génétiques de la Méditerranée orientale ou du sous-continent indien</i></p> <p><input type="checkbox"/> Angiographie coronarienne</p> <p><input type="checkbox"/> TEP-TDM cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Test d'effort cardiaque (par exemple MIBI, échocardiographie d'effort à la dobutamine, test d'effort à l'effort) - <i>Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, d'angine de poitrine, de diabète, d'un IMC &gt; 34 ou d'un âge &gt; 40 ans avec au moins 3 des facteurs de risque suivants : cholestérol élevé, tabagisme, hypertension, antécédents familiaux, IMC &gt; 30.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Test ADN de l'hépatite B - <i>si HBcAb ou HBsAg positif</i></p> <p><input type="checkbox"/> Test ARN de l'hépatite C - <i>si anticorps anti-hépatite C positifs</i></p> <p><input type="checkbox"/> Consultation ORL</p>	<p><b>Examens complémentaires réservés aux patients pédiatriques (moins de 18 ans) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carnet de vaccination</p> <p><input type="checkbox"/> Âge des os</p> <p><input type="checkbox"/> Audiogramme – <i>si &lt; 6 ans</i></p> <p><input type="checkbox"/> EEG – <i>si &lt; 6 ans ou antécédents de crises d'épilepsie</i></p> <p><input type="checkbox"/> Courbes de croissance (périmètre crânien) - <i>si &lt; 6 ans</i></p> <p><b>Examens complémentaires réservés aux patients atteints d'une maladie du pancréas :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se référer aux exigences spécifiques du programme</p> <p><b>Autres consultations pertinentes, veuillez préciser :</b></p>