

Formulaire de demande de greffon avec compatibilité requise

REQUÊTE PROVENANT DE L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC? Oui Non Numéro de compte _____

CHIRURGIEN

Prénom	Nom
Cellulaire	Bureau
Courriel	

HÔPITAL

Nom	
Adresse	
Nom du contact	Téléphone contact
Courriel du contact	

INFORMATIONS REPRÉSENTANTS

Conmed Nom	Conmed Courriel	Conmed Téléphone
Arthrex Nom	Arthrex Courriel	Arthrex Téléphone

INFORMATIONS PATIENT

Prénom	Nom	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Taille cm/pieds	Date de naissance	Besoin kit instruments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poids Kg/livres	Date de chirurgie	Imagerie	<input type="checkbox"/> X-RAY	<input type="checkbox"/> MRI/CT
		Films à retourner	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Compatibilité nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Diagnostic du patient et procédure chirurgicale	Commentaires
---	--------------

INFORMATIONS GREFFON

Latéralité Gauche Droite Pas de préférence
Conservation Frais Congelé Pas de préférence

OSTÉOARTICULAIRE

TYPE D'OS

Fémur OA Proximal
 Tibia APC Distal
 Fibula LG Graft Entier
 Glénoïde Avec coiffe Avec extenseur Mech (BTB)
 Humérus Sans Coiffe
 Radius
 Ulna
 Coude

MÉNISQUES CONGELÉS

Ménisque entier Gauche Droite
Hemi-Ménisque médial Gauche Droite
Hemi-Ménisque latéral Gauche Droite

OSTÉOCHONDRAL FRAIS

Tête humérale Gauche Droite
Rotule avec attache Gauche Droite
Rotule sans attache Gauche Droite
Fémur distal Gauche Droite
Talus Gauche Droite
Tibia distal Gauche Droite
Cheville Gauche Droite
Plateau tibial avec ménisques Gauche Droite
Tête fémorale Gauche Droite
Condyle fémoral médial Gauche Droite
Condyle fémoral latéral Gauche Droite

INFORMATIONS GREFFON

Dimension	Quantité
-----------	----------

CYLINDRES FRAIS

Emplacement spécifique
Taille spécifique



Merci d'envoyer ce formulaire ainsi que le dossier d'imagerie (en format .zip) à l'adresse osteochondral@hema-quebec.qc.ca