

Formulaire de demande de greffon avec compatibilité requise

REQUÊTE PROVENANT DE L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC?

☐ Oui

☐ Non

Numéro de compte _____

CHIRURGIENNE OU CHIRURGIEN

Prénom	Nom
Cellulaire	Bureau
Courriel	

HÔPITAL

Nom	
Adresse	
Nom du contact	Téléphone contact
Courriel du contact	

INFORMATIONS REPRÉSENTANTES OU REPRÉSENTANTS

Arthrex Nom	Arthrex Courriel	Arthrex Téléphone
ConMed Nom	ConMed Courriel	ConMed Téléphone

INFORMATIONS PATIENTE OU PATIENT

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

INFORMATIONS GREFFON

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

OSTÉOCHONDRAL FRAIS

Tête humérale ☐ Gauche ☐ Droite
Rotule avec attache ☐ Gauche ☐ Droite
Rotule sans attache ☐ Gauche ☐ Droite
Condyles fémoraux ☐ 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

OSTÉOARTICULAIRE CONGELÉ

TYPE D'OS CONFIGURATION
☐ 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

☐ Hemi-Pelvis ☐ Ménisque entier ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Acétabulum ☐ Ménisque médial ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Autre ☐ Ménisque latéral ☐ Gauche ☐ Droite

INFORMATIONS GREFFON

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



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