

FERMETURE DE RECHERCHE

PATIENT

Nom et prénom : _____

Héma-Québec (HQ) n° : _____ Centre transplanteur : _____

RAISON DE LA FERMETURE DU DOSSIER

<input type="checkbox"/>	Aucun donneur compatible disponible								
<input type="checkbox"/>	Autre Raison : _____								
<input type="checkbox"/>	Le patient a réagi à une thérapie alternative								
<input type="checkbox"/>	Le patient fut traité le : _____ avec : jj / mm / aaaa								
<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Don autologue</td> <td><input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur apparenté</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sang de cordon</td> <td><input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur non-apparenté</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sang de cordon dirigé</td> <td><input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur apparenté</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leucaphérèse d'un donneur non-apparenté</td> <td><input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur non-apparenté</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Don autologue	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur apparenté	<input type="checkbox"/> Sang de cordon	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur non-apparenté	<input type="checkbox"/> Sang de cordon dirigé	<input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur apparenté	<input type="checkbox"/> Leucaphérèse d'un donneur non-apparenté	<input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur non-apparenté
<input type="checkbox"/> Don autologue	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur apparenté								
<input type="checkbox"/> Sang de cordon	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse d'un donneur non-apparenté								
<input type="checkbox"/> Sang de cordon dirigé	<input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur apparenté								
<input type="checkbox"/> Leucaphérèse d'un donneur non-apparenté	<input type="checkbox"/> PBSC d'un donneur non-apparenté								
<input type="checkbox"/>	L'état du patient s'est détérioré de façon à empêcher la transplantation de cellules souches								
<input type="checkbox"/>	Patient décédé Date du décès : _____ jj-mm-aaaa								
<input type="checkbox"/>	Le patient ou la famille du patient a décidé que le patient ne doit pas procéder à une greffe de cellules souches								
<input type="checkbox"/>	Le médecin du patient a décidé de ne pas procéder à la greffe de cellules souches								
<input type="checkbox"/>	Bonne condition clinique								

Signature : _____

Date : _____
jj / mm / aaaa