TRANSPLANT QUÉBEC

BIOPSIE DONNEUR D'ORGANES

Numéro d'identification unique

Biopsie :

☐ **Rénale** ☐ **Hépatique** ☐ **Autre :** _____

Résultat - Biopsie rénale

REIN DROIT	**DÉCOMPTE GLOMÉRULAIRE**
En coin ☐	Nombre de glomérules : _____
À l'aiguille ☐	Nombre de glomérules sclérosés : _____ **Glomérulosclérose globale :** _____ %

Description	**Absence**	**Suspicion**	**Présence**		
			Légère	**Modéré**	**Sévère**
Atrophie tubulaire et fibrose interstitielle					
Inflammation interstitielle					
Fibrose intimale artérielle					
Artériolosclérose hyaline					

Commentaires :

REIN GAUCHE	**DÉCOMPTE GLOMÉRULAIRE**
En coin ☐	Nombre de glomérules : _____
À l'aiguille ☐	Nombre de glomérules sclérosés : _____ **Glomérulosclérose globale :** _____ %

Description	**Absence**	**Suspicion**	**Présence**		
			Légère	**Modéré**	**Sévère**
Atrophie tubulaire et fibrose interstitielle					
Inflammation interstitielle					
Fibrose intimale artérielle					
Artériolosclérose hyaline					

Commentaires :

Résultat - Biopsie hépatique

En coin ☐	**Macrostéatose :** _____ **%**
À l'aiguille ☐	**Microstéatose :** _____ **%**

Commentaires :

Résultat - Autres biopsies

Origine du spécimen : _____

Commentaires :

Biopsie lue par : _____ **Signature :** _____
(nom en lettre moulées)

Date et heure : _____ _____ **:** _____
AAAA-MM-JJ hh:mm

S'il vous plaît, veuillez communiquer avec le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

au numéro suivant : (_____) _____

et télécopier ce formulaire au numéro suivant : (_____) _____ .