

Numéro d'identification unique : _____

Données à récolter lors de l'échographie abdominale d'un donneur potentiel.
Data to be collected from the abdominal ultrasound of a potential donor.

Reins / Kidneys

Taille des reins / *Kidneys' size* : Gauche / *Left* : _____ Droite / *Right* : _____

Épaisseur du cortex / *Cortex thickness* : Gauche / *Left* : _____ Droite / *Right* : _____

Aspect du cortex / *Cortex aspect* : Gauche / *Left* : _____ Droite / *Right* : _____

Description des lésions, s'il y en a /
Lesions' description if any :
Gauche / *Left* : _____

Droite / *Right* : _____

Foie / Liver

Degré de stéatose / *Steatosis' degree* : _____

Dimensions du foie / *Liver's size* : Antéro-postérieur / *Antero-posterior* : _____

Crânio-caudale / *Craniocaudal* : _____

Gauche / *Left* : _____

Droite / *Right* : _____

Description des lésions, s'il y en a /
Lesions' description if any :
Gauche / *Left* : _____

Droite / *Right* : _____

Toute autre information jugée pertinente par l'examineur / *Other information deemed of importance by sonographer* :

Date et heure d'échographie abdominale / *Date and time of abdominal ultrasound* : _____ : _____
AAAA-MM-JJ / YYYY-MM-DD hh:mm

Nom du médecin / *Physician's name* : _____ N° permis / *License #* : _____

Signature : _____ Centre hospitalier / *Hospital* : _____

Sincères remerciements pour le temps que vous prenez auprès des donneurs.
Thank you for spending time evaluating potential donors.