

- Tomodensitométrie abdominale (TDM) /
Abdominal computed tomography (CT)
- Échographie abdominale /
Abdominal ultrasound

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 : _____ Droit / Right : _____

Épaisseur du cortex / Cortex thickness : Gauche / Left : _____ Droit / Right : _____

Aspect du cortex / Cortex aspect : Gauche / Left : _____ Droit / Right : _____

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

Gauche / Left : _____

Droit / Right : _____

Foie / Liver

Degré de stéatose / Steatosis degree : _____

Dimensions du foie / Liver size : Antéro-postérieur / Antero-posterior (A-P) : _____

Crânio-caudale / Craniocaudal (C-C) : _____

Lobe gauche (segments 2-3-4) / Left liver (A-P et C-C) : _____

Lobe droit / Right liver (A-P et C-C) : _____

Précisions pour les mesures destinées à la transplantation pédiatrique, s'il y a lieu / Measures for pediatric transplantation, if needed :

Lobe gauche (segments 2-3-4) (largeur x hauteur x profondeur / Left liver (width x height x depth) : _____

Volumétrie du foie gauche en 3D, si disponible / Left liver volumetry in 3D, if available : _____ mL

Description des lésions, s'il y en a / Focal liver lesions description, if any :

Gauche / Left : _____

Droit / Right : _____

Toute autre information jugée pertinente par l'examinateur / Other information deemed of importance by the examiner :

Date et heure de l'évaluation / Date and time of evaluation : _____ : _____
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.