

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 / <i>Lesions' description if any :</i>	Gauche / Left : _____	
		_____
	Droit / Right : _____	_____

### Foie / Liver

Degré de stéatose / Steatosis' degree :	_____
Dimensions du foie / Liver's size :	_____
Description des lésions, s'il y en a / <i>Lesions' description if any :</i>	Gauche / Left : _____
	Droit / 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.*