



DT9437

## RÉSUMÉ D'IMAGERIE VASCULAIRE EN PRÉVISION DE LA CHIRURGIE POUR LE DONNEUR VIVANT

N° du donneur vivant attribué dans le cadre du programme d'échange	
N° d'identification unique	

Nom et prénom de l'utilisateur		
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)		
Ville		Code postal
N° assurance maladie (NAM)		N° de dossier

Nom de l'établissement		
<input type="checkbox"/> CHUM – Centre hospitalier de l'Université de Montréal	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS -- Hôpital Fleurimont	<input type="checkbox"/> CUSM – Site Glen
<input type="checkbox"/> CHU de Québec – UL – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont	

Renseignements sur le donneur			
Taille cm	Poids kg	Groupe sanguin (A, B, AB ou O)	Indice de masse corporelle (IMC)
Fonction rénale totale Débit de filtration glomérulaire : ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ou clairance de la créatinine : ml/min			Numéro de dossier du receveur (si connu)

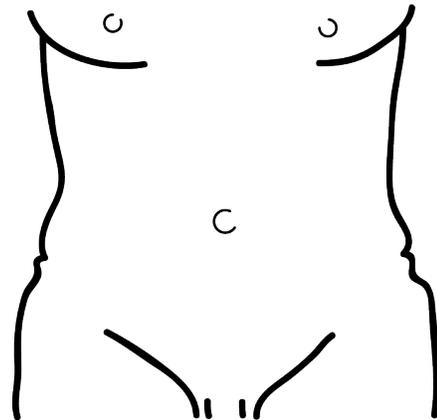
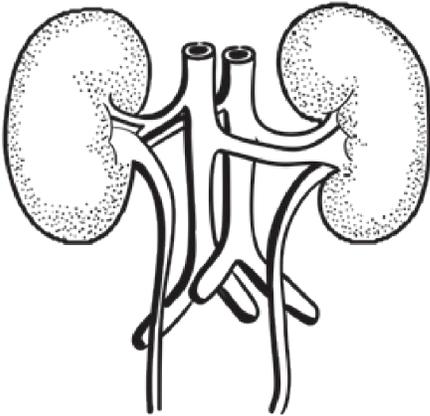
Caractéristiques anatomiques	Rein gauche	Rein droit
Dimensions		
Longueur × largeur × hauteur (cm)		
Artères		
Nombre		
Distance avant la première branche		
Veines		
Nombre		
Longueur		
Pré-aortique/rétro-aortique (gauche)		
Uretères		
Nombre		
Parenchyme		
Kyste		
Calcul		
Néoplasme		
Fonction rénale différentielle (si connue)		
Autre		

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

**Antécédents chirurgicaux pertinents du donneur**


**Croquis anatomique en vue de la chirurgie**



Type de néphrectomie recommandé pour le don (*ne cocher qu'une case*) :

- Laparoscopique :     Gauche     Droite                       Ouverte :     Gauche     Droite

**Risques discutés**

- Décès 1/3000                       Conversion à la chirurgie ouverte                       Suivi long terme                       Autre  
 Hémorragie/Transfusion                       Hernie                       Blessures aux organes adjacents

**Autres commentaires**


**Chirurgien qui a effectué l'examen**

**Date**

Nom (en caractères d'imprimerie)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour
----------------------------------	--------------	-----------	-------	------	------