


COMPTE-RENDU : TDM CORPS ENTIER DU DONNEUR POTENTIEL DÉTECTION DES ANOMALIES EN VUE DE LA GREFFE

CATHERINE RIDEREAU-ZINS
CHU Angers

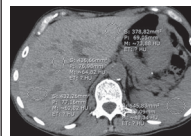
RESULTAT

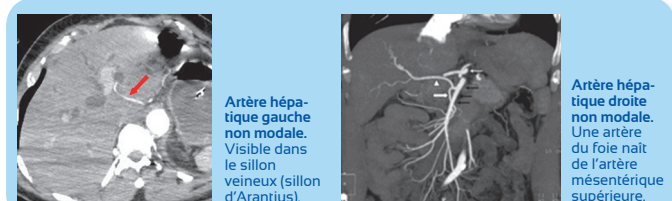
Date et heure :

REINS

	Droit	Gauche	
Taille (grand axe)	[[]][] mm	[[]][] mm	
Anomalie parenchymateuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui</i> <input type="checkbox"/> kyste <input type="checkbox"/> tumeur solide <input type="checkbox"/> néphropathie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui</i> <input type="checkbox"/> kyste <input type="checkbox"/> tumeur solide <input type="checkbox"/> néphropathie	
Nombre d'artères rénales	[]	[]	3 artères rénales droites
Plaques calcifiées - Ostium - Tronc	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Voies excrétrices dilatées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Veine rénale gauche rétro-aortique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Calcul urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres commentaires :			

FOIE

Flèche hépatique droite - coupe coronale (dôme-VI)	[[]][] mm
Flèche hépatique gauche - sagittal pré-aortique	[[]][] mm
Densité Foie et Rate (sans injection)	F [[]][] et R [[]][] UH
Seuils pour stéatose de 30 % : F/R ≤ 0,8 F-R ≤ -9	
Stéatose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <p>Stéatose : Sur série non injectée. Foie 2 ROIs foie droit et 1 ROI foie gauche (pas forcément sur la même coupe). ROIs les plus grands possibles sans englober de vaisseau.</p>
Anomalie parenchymateuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui</i> <input type="checkbox"/> kyste <input type="checkbox"/> tumeur solide <input type="checkbox"/> cirrhose
Artère hépatique perméable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Veine Porte perméable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Artère hépatique gauche non modale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Artère hépatique droite non modale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres commentaires :	



VOIES BILIAIRES, VESICULE

Calcul / Polype	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dilatation voies biliaires intra hépatiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dilatation voies biliaires extra hépatiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres commentaires :	

PANCREAS

Calcifications	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Wirsung dilaté	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tumeur (kystique ou solide)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres commentaires :	

CAVITE ABDOMINO PELVIENNE

Ascite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tumeur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres commentaires :	

VAISSEAUX

	Perméable	Plaques calcifiées	Anévrisme
AO abdominale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tronc coeliaque	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Artère mésentérique supérieure	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Carrefour aorto-iliaque	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres commentaires :			

THORAX

	Droit	Gauche
Anomalie parenchymateuse si oui pourcentage poumon lésé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non [[]][] %	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non [[]][] %
Anomalie plèvre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Anomalie médiastin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Epanchement péricardique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres commentaires :		

THYROÏDE

Nodule > 10 mm	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------	---

OS

Aspect évocateur métastase	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------------------	---