



Examens préliminaires pour le don de rein de donneur vivant

Donneur potentiel

NOM, prénom _____
Date de naissance _____
Rue _____
Code postale, ville _____
N° tél (domicile) _____
N° tél (professionnel) _____
E-mail _____
Caisse d'assurance maladie _____
Relation/Lien de parenté avec le receveur _____
Groupe sanguin *Donneur* _____

Receveur

NOM, prénom _____
Groupe sanguin *Receveur* _____

Anamnèse générale personnelle du donneur (antécédents médicaux, interventions chirurgicales)

- Poids de naissance du donneur: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Antécédents rénaux

- Néphropathies familiales oui: _____ no
- Troubles de la miction oui: _____ no
- Anomalies urinaires oui: _____ no
- Calculs rénaux oui: _____ no
- Cystites / pyélonéphrites oui: _____ no
- Hypertension oui: _____ no
- Consommation chronique d'antalgiques oui: _____ no

Anamnèse systémique

- État de santé général dégradé oui: _____ no
- Dyspnée oui: _____ no
- Douleurs thoraciques o oui: _____ no
- Claudication oui: _____ no
- Troubles digestifs oui: _____ no
- Médicaments oui: _____ no
- Tabagisme o oui: _____ no
- Allergies oui: _____ no

Aspects sociaux

- Métier, aptitude au travail _____
- Situation familiale, enfants _____



Bilan général

État général: _____ état nutritionnel : _____; taille: _____ cm poids: _____ kg

IMC: _____ périmètre abdominal: _____ cm Puls: _____ /min

TA bras gauche, position assise: _____ / _____ mmHg TA bras droit position assise: _____ / _____ mmHg

Appareil cardio- Bruits cardiaques d'intensité normale pas de bruits surajoutés

vasculaire: Pas de souffle cardiaque Pouls normal

Résultats pathologiques:

Poumons: Eupnée Sonorité normale à la percussion Murmure vésiculaire

Résultats pathologiques:

Abdomen: Souple, non douloureux Pas d'hépatomégalie Loges rénales libres, non douloureuses

Bruits abdominaux normaux

Résultats pathologiques:

Divers: Pas de ganglions lymphatiques palpables Peau RAS Examen articulaires RAS

Résultats pathologiques:

Bilan biologique

▪ Hématologie

Hémoglobine _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

▪ Chimie

Sodium _____

Potassium _____

Creatinine _____

Urée _____

Glucose _____

▪ Bilan urinaire

Densité _____

pH _____

Nitrite _____

Protéine _____

Glucose _____

Cétone _____

Microalbuminurie oui non

Érythrocytes _____

Leucozytes _____

Sédiment _____

Échographie des reins et de la vessie

	Rein droit		Rein gauche	
Hauteur et largeur		cm		cm
Épaisseur du parenchyme		cm		cm
Structure du parenchyme	normale	anormale	normale	anormale
Masses	non	oui	non	oui
Kystes	non	oui	non	oui
Reflux urétéro-pyélo-caliciel	sans dilatation	avec dilatation	sans dilatation	avec dilatation
Vessie				
Commentaire				

Examineur /

Examinatrice:

Signature:

Date:

Renvoyer ce formulaire avec les documents du receveur à l'adresse suivante:

Hôpital universitaire de Zurich, **Coordination donneur vivant, Martina Neff, OST-U-57**

Clinique de chirurgie viscérale et de transplantation Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich;

Tél: +41-44-255 30 20, fax: +41-44-255 40 20; e-mail: lebendspende@usz.ch