



**Hopital Femme - Mère - Enfant
Service de Génétique**

Echographie Doppler Hépatique et Maladie de Rendu-Osler

Patient :

Date examen : |_|_| |_|_| |_|_|

Radiologue :

PARENCHYME HEPATIQUE			
	Hépatomégalie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Homogène	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Kystes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Nodules	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Aspect compatible HNF	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Nombre		
	Taille max		mm
ARTERE HEPATIQUE			
	Diamètre (mesurée après la gastroduodénale)		mm
	V Max		cm/sec
	Index de Résistance		
	Tortueuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Variante anatomique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Aspect artérialisé du parenchyme hépatique en deux plaques couleur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
VOIES BILIAIRES			
	Dilatation segmentaire VBIH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Dilatation segmentaire VBEH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
TRONC PORTE			
	Diamètre		mm
	V Max		cm/sec
	Sens de circulation	Centripète <input type="checkbox"/>	Centrifuge <input type="checkbox"/>
	Spectre composant artériel	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
BRANCHES PORTALES			
	DROITE	Sens de circulation	Centripète <input type="checkbox"/>
	GAUCHE	Sens de circulation	Centrifuge <input type="checkbox"/>
		Spectre composant artériel	OUI <input type="checkbox"/>
			NON <input type="checkbox"/>

VSH			
DROITE	Diamètre a 2cm de leur terminaison		mm
	V Max		cm/sec
	Spectre triphasique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MOYENNE	Diamètre a 2cm de leur terminaison		mm
	V Max		cm/sec
	Spectre triphasique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
GAUCHE	Diamètre a 2cm de leur terminaison		mm
	V Max		cm/sec
	Spectre triphasique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre			
Splénomégalie		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Ascite		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Artère mésentérique supérieur	Diamètre a 2cm de l'ostium		mm
Conclusion Echo-Doppler			
Pas d'atteinte hépatique RO		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Atteinte hépatique probable RO		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Atteinte hépatique certaine RO		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Commentaires :