



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

**Echographie Doppler Hépatique et Maladie de Rendu-Osler**

**Patient :**

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

Radiologue :

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

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

Commentaires :