

DONNEUR VIVANT DE FOIE SUIVI PERIODIQUE (MS)

1 – Bilan hépatique BHEPAT

Source des informations	SRCINFO
<i>BIL</i> Bilan de suivi à l'hôpital	
<i>TEL</i> Par téléphone auprès du patient ou son médecin traitant	
<i>COU</i> Par courrier du patient ou son médecin traitant	
<i>AUT</i> Autre	
Précisez	PRCSRC
Date du bilan (date)	DBILAN
ASAT	SRCINFO
ALAT	PRCSRC
PAL	EXBIO
Gamma-GT	DBILAN
Bilirubine totale	BILIR (BILI)
TP	TP
INR	INR
Hémoglobine	HEMOG
Créatinine plasmatique	CREAT

5 – perdu de vue

Date de décès	DDCD (DVIV)
Cause de décès	COM_DCD (DVIV)
ACA	Arrêt Cardiaque De Cause Inconnue
HAR	Hypertension Artérielle
HOC	Hémorragie D'Origine Chirurgicale
INC	Cause inconnue
TUB	Tuberculose

5 – Etat du donneur

Date de décès	DDCD (DVIV)
Cause de décès	COM_DCD (DVIV)
ACA	Arrêt Cardiaque De Cause Inconnue
HAR	Hypertension Artérielle
HOC	Hémorragie D'Origine Chirurgicale
INC	Cause inconnue
TUB	Tuberculose
Décès lié au don	DON_DCD (DVIV)
IN Inconnu	
N Non	
O Oui	
Date de dernière nouvelles connues	DPDV (DVIV)
Motif	MPDV (DVIV)
AUT	Autre renseigner le commentaire
DEM	Déménagement
ETR	Réside à l'étranger
REF	Refus du donneur

2 – Complications physiques ou psychologiques **CPHYF** (A partir du 20/06/2018)

Complications apparues depuis le dernier bilan	COMBIL
O <i>Oui</i>	
N <i>Non</i>	
INC <i>Inconnu</i>	
Complications liées à l'intervention	COMPL
O <i>Oui</i>	
N <i>Non</i>	
INC <i>Inconnu</i>	

Fuites biliaires

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

FBILIA

Sténose biliaire

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

STEN

Eventration

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

EVENT

Cicatrice chéloïde

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

CICACH

Abcès hépatique

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

ABHEP

Insuffisance hépatique

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

ISUHEPAT

Réintervention ou geste complémentaire

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

REINTCO

Date de réintervention

DATREINT

<p>Résection hépatique</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	RESECH
<p>Si oui, précisez les causes</p>	CAUSES
<p>Réintervention pour hémorragie</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	REINTHEM
<p>Réintervention pour une autre raison</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	REINTAUT
<p>Précisez la cause</p>	PRCCAUS
<p>Précisez le type d'intervention</p>	PRCTYPE
<p>Drainage percutanée d'une collection abdominale</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	DRAIN
<p>Précisez le siège</p>	PRCSIEG
<p>Précisez méthode de drainage</p>	PRCMETHD
<p>Drainage pleural</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	DRAINPL
<p>Transplantation hépatique</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	TRANS
<p>Date de transplantation</p>	DTRANS
<p>Autres complications</p> <p>O <i>Oui</i> N <i>Non</i> INC <i>Inconnu</i></p>	AUTCOMPL
<p>Si oui, préciser</p>	MOTCOMPL

Ré-hospitalisation liée au prélèvement

REHOSP

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Si oui, préciser

REHOSPM

Date d'hospitalisation

DHOSP

Durée d'hospitalisation

DURHOSP

3 – Complications socio-économiques ou familiales liées au don **CSOCIOF**

Complications socio-économiques ou familiales liées au don (d'après le patient)

COMPLSE

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Perte d'emploi partielle ou totale

DPROF

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Difficultés financières

DFINAN

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Difficultés familiales

DFAMIL

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Difficultés psychologiques

DPSY

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*