

**Instructions**

- Veuillez utiliser un crayon #2 pour remplir le formulaire.
- Veuillez répondre à toutes les questions sauf autre indication.
- Veuillez noircir entièrement les cases de marquage.

<b>Côté</b>	<b>Type de question</b>
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> à réponse unique <input type="checkbox"/> à choix multiple

A l'usage interne.  
Pas lu par le scanner.

Nom		Prénom		Sexe
				m / f
Rue			N° de patient (interne)	
Code pays	Code postal	Ville		
N° d'assurance vieillesse et survivants			Date de naissance(JJ.MM.AAAA)	
Nom de naissance		Pays de naissance		Ville de naissance
<input type="checkbox"/> Informations obligatoires			<input type="checkbox"/> Informations recommandées (suivi des implants*)	

**Contrôle**

**Statut contrôle**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> contrôle effectué                                | <input type="checkbox"/> changement de médecin |
| <input type="checkbox"/> impossible de se présenter, radiogr. disponibles | <input type="checkbox"/> patient perdu         |
| <input type="checkbox"/> impossible de se présenter                       | <input type="checkbox"/> décédé                |
| <input type="checkbox"/> patient refuse contrôle                          |  |

**Année du décès**

- |                               |                               |                               |                               |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2015 | <input type="checkbox"/> 2017 | <input type="checkbox"/> 2019 | <input type="checkbox"/> 2021 | <input type="checkbox"/> 2023 | <input type="checkbox"/> 2025 |
| <input type="checkbox"/> 2016 | <input type="checkbox"/> 2018 | <input type="checkbox"/> 2020 | <input type="checkbox"/> 2022 | <input type="checkbox"/> 2024 | <input type="checkbox"/> 2026 |

**Date du contrôle**

- |             |                            |              |                             |
|-------------|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| <b>Jour</b> | <input type="checkbox"/> 1 |              |                             |
| <b>Mois</b> | <input type="checkbox"/> 1 | <b>Année</b> | <input type="checkbox"/> 15 |

**Nombre d'arthroplasties de hanche côté ipsilat.**

- 1    2    3    4    5    6    6

*Veuillez indiquer le nombre d'arthroplasties de hanche également au décès du patient.*

**Contrôle après**

- |                                     |                                |                                |                                 |                                       |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 semaines | <input type="checkbox"/> 1 an  | <input type="checkbox"/> 5 ans | <input type="checkbox"/> 9 ans  | <input type="checkbox"/> 13 ans       |
| <input type="checkbox"/> 3 mois     | <input type="checkbox"/> 2 ans | <input type="checkbox"/> 6 ans | <input type="checkbox"/> 10 ans | <input type="checkbox"/> 14 ans       |
| <input type="checkbox"/> 6 mois     | <input type="checkbox"/> 3 ans | <input type="checkbox"/> 7 ans | <input type="checkbox"/> 11 ans | <input type="checkbox"/> 15 ans       |
| <input type="checkbox"/> 9 mois     | <input type="checkbox"/> 4 ans | <input type="checkbox"/> 8 ans | <input type="checkbox"/> 12 ans | <input type="checkbox"/> >15 ans..... |

**ÉVALUATION ET PROCÉDURE**

**Évaluation radiologique/clinique**

**Cupule**

- aucun composant AC
- aucun descellement
- possible descellement
- probable descellement
- descellement confirmé

**Tige**

- aucun descellement
- possible descellement
- probable descellement
- descellement confirmé

**Infection**

- aucune
- suspectée
- confirmée

**Appréciation résultat par patient**

- excellent
- bon
- passable
- mauvais

**Prochain contrôle**

- aucun contrôle supplém. prévu
- contrôle supplémentaire prévu
- réintervention/révision prévue

*Veuillez toujours indiquer*

**\*Suivi des implants:**

Dans le but de pouvoir suivre les implants dont le suivi est réalisé par différentes institutions et pour obtenir une bonne sécurité dans le croisement des données anonymisées, nous avons mis en place plusieurs Hashcodes (encodage à sens unique). Les informations relatives à l'identité (clinique, médecin, patient) sont stockées sur un serveur séparé dans un environnement sécurisé; le serveur central ne reçoit aucune donnée sensible, mais uniquement des clés neutres servant à suivre les patients. Le numéro AVS ne sera pas stocké. Il servira uniquement à calculer un "Hashcode" - pour le calcul duquel nous utilisons de plus un "salt". Ce procédé rend impossible toute mise en relation des données internes avec une autre base de donnée externe à ce projet.

Chirurgien: .....

Commentaires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_