

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.

Côté	Type de question
<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	

Informations obligatoires 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

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Jour | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 |
| Mois | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | Année | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | | | | | |

Nombre d'arthroplasties de genou, coté examiné

- 1 2 3 4 5

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

Composant fémoral

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

Composant tibial

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

Composant rotulien

- aucun composant rotulien
- aucun descellement
- possible descellement
- probable descellement
- descellement confirmé

Appréciation résultat par patient

Infection

- aucune
- suspectée
- confirmée

- excellent
- bon
- passable
- mauvais

Prochain contrôle

- aucun contrôle supplémentaire prévu
- contrôle supplémentaire dans 3-6 mois
- contrôle supplémentaire dans 1 an
- contrôle supplémentaire dans >1 an
- réintervention/révision prévue

***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: _____

