

BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

FICHE DE RECUEIL

N° dossier :

STENT NU

I) Stent et LPP :

→ Référence du stent posé si idem :

→ Nombre de stents posés : total :

lésion n°1 :

lésion n°5 :

lésion n°2 :

lésion n°6 :

lésion n°3 :

lésion n°7 :

lésion n°4 :

lésion n°8 :

→ Indications LPP

| Stent métallique nu non résorbable | | |
|------------------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | Sténoses courtes (<20mm) des vaisseaux coronaires, quelque soit le diamètre | LPP |
| <input type="checkbox"/> | Sténoses longues (de 20 à 40mm) sur des vaisseaux de diamètre \geq à 3mm | LPP |
| <input type="checkbox"/> | Sténoses de greffons veineux | LPP |
| <input type="checkbox"/> | Occlusions coronaires totales | LPP |
| <input type="checkbox"/> | Accidents aigus de l'angioplastie : dissections, occlusions | LPP |

→ Si Hors RBU : argumentaire :

Infos supplémentaires

→ Modalités de prescription et d'utilisation :

→ 1 unité par lésion

→ 2 unités max/artère

→ Dissection occlusive aiguë d'une artère : 3 stents max/artère

II) Traçabilité

→ Traçabilité de la prescription jusqu'à l'implantation

| DELIVRANCE par la PUI | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Dénomination du DMI | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| N° de série ou de lot | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Nom du fabricant ou de son mandataire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Code LPP | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Date de délivrance du DM au service utilisateur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Identification du service utilisateur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

N° dossier :

FICHE DE RECUEIL

ENREGISTREMENT par le service utilisateur pour compléter les données transmises par la PUI

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Date d'utilisation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Nom du patient | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Prénom du patient | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Sexe du patient | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Poids du patient | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Date de naissance du patient | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Nom du médecin utilisateur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Signature du médecin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

ENREGISTREMENT dans le dossier patient

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Dénomination du DMI | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| N° de série ou de lot | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Nom du fabricant ou de son mandataire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Date d'utilisation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| Nom du médecin utilisateur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |