

# BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

N° dossier :

FICHE DE RECUEIL

## STENT RECOUVERT DE PTFE

### 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 recouvert de PTFE		
<input type="checkbox"/>	Perforation et rupture d'une artère coronaire native	LPP
<input type="checkbox"/>	Rupture de pontage coronaire	LPP

→ Si Hors RBU : argumentaire :

→ Modalités de prescription et d'utilisation :

→ 1 unité par lésion

→ 2 unités max/artère

Infos supplémentaires

### 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"/>

### 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"/>

# BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

FICHE DE RECUEIL

N° dossier :

## 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"/>