

BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

N° dossier :

FICHE DE RECUEIL

STENT PHARMACO-ACTIF : ORSIRO

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 à libération contrôlée de principe actif : ORSIRO		
<input type="checkbox"/>	Insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez des patients à <i>haut risque de resténose</i>	LPP
<input type="checkbox"/>	Sténoses de greffons veineux	SNA
<input type="checkbox"/>	Certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives <input type="checkbox"/> chez des patients à <i>haut risque de resténose</i> <input type="checkbox"/> accessibles à l'angioplastie -----SYNTAXscore : _____ <input type="checkbox"/> et lorsque le risque chirurgical est élevé -----EuroSCORE : _____ <input type="checkbox"/> après RCP des alternatives de revascularisation	SNA
<input type="checkbox"/>	Sténose du tronc commun gauche non protégé	SNA
<input type="checkbox"/>	Patients ayant un infarctus du myocarde < 72h	SNA
<input type="checkbox"/>	Lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle	SNA
<input type="checkbox"/>	En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée.	ID

→ Si Hors RBU : argumentaire :

→ Pour information :

➤ **Contre-indications :**

→ FEVG < 30%

→ Intolérance au traitement anti-agrégant plaquettaire

→ Intolérance à l'héparine

→ Intolérance au métal composant la plateforme du stent

→ Intolérance au produit angiographique

→ Femme enceinte

➤ Bithérapie antiplaquettaire pendant **12 mois**

Infos supplémentaires

BON USAGE DES ENDOPROTHESES CORONAIRES

ETS :

N° dossier :

FICHE DE RECUEIL

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"/>

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"/>