

# REGISTRE CAROTIDE

Formulaire de saisie - Chirurgie

Centre : \_\_\_\_\_

Opérateur : Dr \_\_\_\_\_

**PATIENT**

N° patient : \_\_\_\_\_

## Identification du patient

Nom | | | |  
(3 premières lettres du nom et du prénom)

Prénom | | | |

Date de naissance : | | | / | | | / | | | | | |  
(JJ / MM / AAAA)

Sexe M  - F

## Facteurs de risque

HTA : Non  Oui   
(Oui si connue auparavant, traitée ou non)

Tabac : Non  Oui   
(Oui si actif <1 mois avant intervention)

Diabète : Non   
insulino dépendant   
non insulino dépendant   
(Oui si connu auparavant, traité ou non)

## Antécédents vasculaires

AIC constitué dans un autre territoire : Non  Oui

Insuffisance coronaire : Non  Oui   
Oui si antécédent d'infarctus du myocarde, d'angor, d'angioplastie coronaire ou de pontage coronarien.

Antécédent de chirurgie ou d'angioplastie :

Carotide controlatérale : Non  Oui

Aorte et/ou artères des membres inférieurs : Non  Oui

**SEJOUR**

N° : \_\_\_\_\_

Patient adressé par (préciser le dernier correspondant)

Médecin généraliste

Neurologue

Cardiologue

Angiologue

Chirurgien

Ophthalmologiste

Anesthésiste

Radiologue

Autre

## Diagnostic neurologique

Consultation auprès d'un neurologue : Non  Oui

Exploration du parenchyme cérébral : IRM  Scanner  aucun

Sténose asymptomatique

Accident ischémique : constitué  transitoire

Date | | | / | | | / | | | Territoire : hémisphérique  rétinien   
(JJ / MM / AA)

## STENOSE

### Etiologie

Athérosclérose

Resténose après chirurgie

Radique

Resténose après angioplastie

Dissection

Dysplasie fibromusculaire

Autre

### Explorations artérielles

Echo-Doppler cervical

Doppler trans-crânien

Angioscanner

Artériographie conventionnelle

ARM

## Lésions artérielles

Degré de sténose de l'artère à traiter (NASCET) |\_\_\_\_| % (en diamètre)

Autres lésions artérielles (% sténose par NASCET, en diamètre)  
Carotide int. controlatérale Non  Sténose |\_\_\_\_| % Occlusion   
Artère vertébrale G \* Non  Sténose  Occlusion  \* (facultatif  
Artère vertébrale D \* Non  Sténose  Occlusion  pour l'ARH)

## CHIRURGIE

### Intervention

Date de l'intervention |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| (JJ/MM/AA)  
Type d'anesthésie générale  loco-régionale   
Tt. antiagrégant plaquettaire Non  Oui  (si poursuivi au moment de l'intervention)  
Utilisation d'un shunt Non  Oui

### Technique chirurgicale (cocher une seule technique)

Endartérectomie sans patch  E<sup>ctomie</sup> avec patch veineux autogène   
E<sup>ctomie</sup> avec patch prothétique  Réimplantation ACI/CP/CE   
Éversion  Pontage  Exploration chirurgicale seule

### Contrôle morphologique immédiat (au cours du séjour ou per-opératoire)

Contrôle Non  Oui  Per-opératoire Non  Oui   
si contrôle, préciser Angiographie numérisée : voie artérielle  voie veineuse   
Écho-Doppler  ARM  Angio-scanner

### Monitoring per-opératoire

Électroencéphalogramme  Doppler trans-crânien   
Pression résiduelle carotide interne  Autre

Date de la sortie (ou du décès) |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| (JJ/MM/AA)

## SURVENUE D'ÉVÉNEMENTS

Durant le séjour : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Dans les 30 jours : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Décès <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> AVC <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> AIT <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Paralyse nerfs crâniens <input type="checkbox"/> Réintervention <input type="checkbox"/> si réintervention, préciser : artère carotide interne (sténose) <input type="checkbox"/> hématome cervical <input type="checkbox"/> Autre <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Commentaire : _____	Décès <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> AVC <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> AIT <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Paralyse nerfs crâniens <input type="checkbox"/> Réintervention <input type="checkbox"/> si réintervention, préciser : artère carotide interne (sténose) <input type="checkbox"/> hématome cervical <input type="checkbox"/> Autre <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Commentaire : _____

<sup>1</sup> Préciser dans commentaire <sup>2</sup> AVC de tout type et de tout territoire, défini par un déficit neurologique focal persistant au moins 24h, en rapport avec un AIC de n'importe quel territoire ou en rapport avec un AVC hémorragique. <sup>3</sup> Déficit neurologique (tout territoire) durant moins de 24 heures sans infarctus à l'imagerie cérébrale.

### Score de Rankin pré-opératoire et post-opératoire (à 30 jours)

	pré	post
0 : asymptomatique		
1 : symptômes minimes, activités usuelles possibles		
2 : handicap minime, activité de la vie quotidienne non limitées ou très peu mais restriction de certaines activités antérieures	__	__
3 : marche, transferts et toilette sans aide : aide partielle pour d'autres activités (habillage, bain, alimentation...)		
4 : marche et activités de la vie quotidienne impossibles sans aide		
5 : patient grabataire ou incapable de sortir du fauteuil, nécessité d'une supervision permanente.		