



Etude COMPAD 2

Compression médicale pour ulcère de
Jambe et plaies chroniques du pied
chez le patient atteint
d'artériopathie : enquête de pratique

Etude élaborée par le
Comité Interface Compression de la SFMV

* 3 premières lettres nom et 2
premières lettres prénom

VISITE DE SUIVI

IDENTIFICATION

Identifiant centre :	
Mot de passe :	
N° Patient :	
Identification patient * :	
Date naissance patient :	

Date de la visite de suivi :

Présence d'un œdème des membres inférieurs Oui Non Ne sais pas

Avez-vous mesuré le périmètre de cheville Oui Non

Si oui, précisez la valeur du périmètre de cheville	DROITE (en mm)	GAUCHE (en mm)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ULCERE : L'ulcère a-t-il cicatrisé ?

Oui Non

Si oui, maintenez-vous la compression ? Oui Non

Si non cicatrisé, le système de compression a-t-il été arrêté ? Oui Non

Si oui, date de l'arrêt de la compression :

Pour quel(s) motif(s) la compression mise à l'inclusion a été arrêtée ? (choix multiples)

- Refus de la compression par le patient
- Mauvaise observance
- Douleur
- Glissement de bandes
- Absence d'efficacité
- Aggravation de l'ulcère
- Aggravation de l'ischémie
- Mauvaise tolérance locale. Précisez :

Autres (préciser) :

Si arrêt compression, prescrivez-vous une autre compression ? Oui (2) Non

(2) Si oui, précisez dans le tableau ci-après votre choix :

<input type="radio"/> Bandage	Nombre de bandes :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<input type="checkbox"/> Kits commercial complet <input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison » (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)					
BANDES		1	2	3	4
Inélastique					
Allongement court					
Allongement long					
Inélastique issue d'un kit commercial multi type					
Allongement court issue d'un kit commercial multi type					
Allongement long issue d'un kit commercial multi type					
Dispositifs supplémentaires : capitonage ou padding		<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	

<input type="radio"/> Orthèse	Nombre d'orthèses :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
ORTHESES		1	2
Classe I	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe II	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe III	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe IV	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
<input type="radio"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez :	<input type="radio"/> 39mmHg	<input type="radio"/> 46mmHg	
<input type="radio"/> Autre. Précisez :	<input type="radio"/> Wrap <input type="radio"/> Botte enduite <input type="radio"/> Autres. Précisez :		

SURVENUE D'UN EVENEMENT DEPUIS LA DERNIERE VISITE		
Survenue d'événements locaux liés à la compression	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
* Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Ischémie / nécrose cutanée <input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Traumatisme des bandes <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :	
Survenue d'évènements généraux	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
* Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Revascularisation endovasculaire <input type="checkbox"/> Pontage <input type="checkbox"/> Amputation distale <input type="checkbox"/> Amputation trans-tibiale ou trans-fémorale <input type="checkbox"/> Chirurgie de varices <input type="checkbox"/> Traitement endoveineux thermique de varices <input type="checkbox"/> Sclérose ou écho-sclérose <input type="checkbox"/> Recanalisation veineuse profonde <input type="checkbox"/> Autres traitements de veines profondes <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :	