



Etude COMPAD

Compression médicale pour
ulcères de jambe chez le
patient atteint d'artériopathie :
enquête de pratique

Etude élaborée par le
Comité Interface Compression de la SFMV

VISITE DE SUIVI INTERMEDIAIRE

IDENTIFICATION DU CENTRE

Identifiant centre :

Mot de passe :

N° Patient :

Identification patient (3 premières lettres
nom et 2 premières lettres prénom) :

Date de naissance patient :

Date de la visite de fin de suivi :

Périmètre des chevilles (en mm) :

Droite :

Gauche :

L'ulcère a-t-il cicatrisé ?

Oui

Non

Si oui, maintenez-vous la
compression ?

Si l'ulcère n'a pas cicatrisé, le système de compression a-t-il été arrêté ?

Oui Non

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
- Mauvaise tolérance locale. Préciser :
- Glissement de bandes
- Absence d'efficacité
- Aggravation de l'ulcère
- Aggravation de l'ischémie
- Autres. Préciser :

Si la compression est arrêtée, prescrivez-vous une autre compression :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si oui, merci de préciser laquelle :						
<input type="checkbox"/> Bandage	Nombre de bandes :	<input type="checkbox"/> Kits commercial complet				
		<input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)				
	<input type="checkbox"/> 1		Bande 1	Bande 2	Bande 3	Bande 4
	<input type="checkbox"/> 2	Inélastique				
		Allongement court				
	<input type="checkbox"/> 3	Allongement long				
Inélastique issue d'un kit commercial multi type						
<input type="checkbox"/> 4	Allongement court issue d'un kit commercial multi type					
	Allongement long issue d'un kit commercial multi type					
Dispositifs supplémentaires : capitonnage ou padding, autres :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> Orthèse	Nombre :		Orthèse 1	Orthèse 2		
		<input type="checkbox"/> 1	Classe 1			
	<input type="checkbox"/> 2	Classe 2				
		Classe 3				
		Classe 4				
<input type="checkbox"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez type :		<input type="checkbox"/> 39mmHg	<input type="checkbox"/> 46mmHg			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :						

SURVENUE D'UN EVENEMENT DEPUIS LA DERNIERE VISITE		
	OUI (préciser) :	NON
Survenue d'un événement local	<input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Traumatisme des bandes <input type="checkbox"/> Autres : Précisez :	
Survenue d'un évènement général	<input type="checkbox"/> Revascularisation endovasculaire <input type="checkbox"/> Pontage <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"/> Amputation distale <input type="checkbox"/> Amputation trans-tibial ou transfémorale <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autres : Précisez :	