



# 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 FIN DE SUIVI COMPAD 1 & 2

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

Type de visite	<input type="radio"/> Téléphonique (par ARC)	<input type="radio"/> Présentielle
----------------	--	------------------------------------

### VISITE TELEPHONIQUE (par ARC)

Date de la visite	
-------------------	--

L'ulcère a-t-il cicatrisé ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON *
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------

* Si non, précisez :	<input type="checkbox"/> Ulcère inchangé <input type="checkbox"/> Amélioration de l'ulcère <input type="checkbox"/> Aggravation de l'ulcère
Si non cicatrisé, comment avez-vous porté la compression ?	<input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> 6j / semaine <input type="checkbox"/> 5j / semaine <input type="checkbox"/> 4j / semaine <input type="checkbox"/> 3j / semaine <input type="checkbox"/> 2j / semaine <input type="checkbox"/> 1j / semaine <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Jamais

	OUI	NON
Avez-vous bien supporté la dernière compression prescrite ?		
Continuez-vous de porter un système de compression ?		
Avez-vous été hospitalisé depuis la visite d'inclusion ? *		
* Si oui, précisez le motif de votre hospitalisation :		

	OUI *	NON	NE SAIT PAS
Avez-vous eu une intervention chirurgicale ?			
* Si oui pour l'intervention chirurgicale, précisez :			
Le geste :			
Le site anatomique de l'intervention :			
Délai après inclusion (en semaines) :			
	OUI *	NON	NE SAIT PAS
Depuis la visite d'inclusion, avez-vous eu d'autres soucis de santé indépendants de votre plaie ?			
* Si oui précisez :			
	OUI *	NON	NE SAIT PAS
Y a-t-il eu un ou des changements dans le traitement de votre plaie ?			
* Si oui précisez :			
Par qui est fait ce changement ?			



# 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

\* 3 premières lettres nom et 2 premières lettres prénom

## VISITE DE FIN DE SUIVI COMPAD 1 & 2

### IDENTIFICATION

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

### VISITE PRESENTIELLE

Date de la visite	
-------------------	--

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Présence d'un œdème des membres inférieurs			
Avez-vous mesuré le périmètre de cheville ? *			
	DROITE	GAUCHE	
* Si oui, précisez le périmètre en mm :			

L'ulcère a-t-il cicatrisé ?	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON **
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

* Si oui, maintenez-vous la compression ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
---	---------------------------	---------------------------

** Si non, précisez :	<input type="radio"/> Ulcère inchangé <input type="radio"/> Amélioration de l'ulcère <input type="radio"/> Aggravation de l'ulcère
Comment avez-vous porté la compression ?	<input type="radio"/> Quotidiennement <input type="radio"/> 6j / semaine <input type="radio"/> 5j / semaine <input type="radio"/> 4j / semaine <input type="radio"/> 3j / semaine <input type="radio"/> 2j / semaine <input type="radio"/> 1j / semaine <input type="radio"/> De temps en temps <input type="radio"/> Jamais
Si l'ulcère n'a pas cicatrisé, le système de compression a-t-il été arrêté ?	<input type="radio"/> OUI * <input type="radio"/> NON

* Si système de compression arrêté, date d'arrêt :	
Pour quel(s) motif(s) la compression mise à l'inclusion a été arrêtée ? (choix multiples)	<input type="checkbox"/> Refus de la compression par le patient <input type="checkbox"/> Mauvaise observance <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Mauvaise tolérance locale (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Glissement de bandes <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Aggravation de l'ulcère <input type="checkbox"/> Aggravation de l'ischémie <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

Si vous avez observé un événement indésirable lié au matériel, avez-vous fait une déclaration de pharmaco-vigilance ou matériovigilance ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
---	---------------------------	---------------------------

Le patient a-t-il été hospitalisé depuis la visite d'inclusion ?	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
--	-----------------------------	---------------------------

* Si oui, précisez le motif :			
Le patient a-t-il eu une ou des intervention(s) chirurgicale(s) ?	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NE SAIS PAS	<input type="radio"/> NON

* Si oui, précisez :			
Le geste :			
Site anatomique de l'intervention :			
Délai après inclusion (en semaines) :			

Depuis la visite d'inclusion le patient a-t-il eu d'autres soucis de santé indépendants de la plaie ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NE SAIS PAS	<input type="radio"/> NON
---	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Y-a-t-il eu un ou des événements de santé imposant des changements dans la prise en charge de la plaie ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NE SAIS PAS	<input type="radio"/> NON
--	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------

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 :	