



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 FIN D'ETUDE

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 :	

Type de visite :	<input type="checkbox"/> Téléphonique (par ARC)	<input type="checkbox"/> Présentielle
Date de la visite :		

L'ulcère a-t-il cicatrisé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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		
Avez-vous bien supporté la dernière compression prescrite ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Continuez-vous de porter un système de compression ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si visite en présentiel, périmètre des chevilles (en mm) :	Droite :	Gauche :	
Le patient a-t-il été hospitalisé depuis la visite d'inclusion ou la dernière visite de suivi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, précisez :			
Depuis la visite d'inclusion ou la dernière visite de suivi, le patient a-t-il eu un geste chirurgical ou en ambulatoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser le geste, le lieu et date :			
Depuis la visite d'inclusion ou la dernière visite de suivi, le patient a-t-il eu d'autre soucis de santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	<input type="checkbox"/> NON
Y-a-t-il eu un ou des événements de santé imposant des changements dans le traitement de votre ulcère	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	<input type="checkbox"/> NON
Si vous avez observé un événement indésirable lié au matériel, avez-vous fait une déclaration de pharmaco-vigilance ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	