**Etude prospective sur le drainage**

Nom du centre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du patient (première lettre) : \_\_ Prénom du patient (première lettre) : \_\_

Date de naissance : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (mois/année) Date de bloc : \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Sexe :  Femme /  Homme BMI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partie 1 : Pré opératoire**

Traitements habituels

|  |  |
| --- | --- |
| Anticoagulant | COUMADINE  ELIQUIS  MINI-SINTROM  PRADAXA  PREVISCAN  XARELTO  SINTROM  ARIXTRA  LOVENOX  INNOHEP  FRAGMINE  CALCIPARINE  AUTRES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anti agrégant plaquettaire | KARDEGIC  PLAVIX  AUTRES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Traitement AINS :  OUI  NON | BIPROFENID  KETOPROFENE  AUTRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Biologie pré-opératoire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hémoglobine (g/dl) |  | Donnée non disponible |
| Plaquettes (G/l) |  | Donnée non disponible |

**Partie 2 : Chirurgie**

**(cocher la case correspondante et préciser le nb de niveaux)**

Type de chirurgie

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOCALISATION** |  | **CHIRURGIE** | | | | | **NOMBRE DE NIVEAUX** |
| **CERVICALE** | **1** | Prothèse ou Arthrodèse |  | | | |  |
| **2** | Laminectomie/Laminoplastie |  | | | |  |
| **THORACIQUE**  **ET LOMBAIRE** | **3** | Voie postérieure |  | | | |  |
|  | Recalibrage ou Laminectomie ou Discectomie |
| **4** | Voie antérieure |  | | | |  |
|  | Prothèse ou Arthrodèse |  | | | |  |
| **5** | Voie latérale  Arthrodèse |  | | | |  |
|  | Ostéosynthèse postérieure | **6** | OPEN | | |  |
|  | **7** | MINI | | |  |
|  | Ostéosynthèse postérieure + Arthrodèse | OPEN | | **8a** | Avec TLIF ou PLIF |  |
| **8b** | Sans TLIF ou PLIF |
| MINI | | **9a** | Avec TLIF ou PLIF |
| **9b** | Sans TLIF ou PLIF |
| **Autre(s) geste(s)** | **10** | Préciser : …………………………………………………………………………………….. | | | | |  |

Données de l’intervention

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Drainage profond (sous aponévrotique) | OUI | Aspiration |
|  | Aspiration basse pression |
|  | Siphonage |
| NON | |
| Drainage superficiel (sous cutané) | OUI | Aspiration |
|  | Aspiration basse pression |
|  | Siphonage |
| NON | |
| Prise de greffe | OUI | Drainage indépendant |
| NON | |

Durée de l’intervention (min) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Perte sanguine per opératoire (ml):\_\_\_\_\_

Transfusion : nombre de concentrés globulaires transfusé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Utilisation de produits hémostatiques : lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antiagrégants maintenus durant l’opération : Lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Brèche durale per opératoire

**Partie 3 : Post opératoire**

Date d’ablation du drain : J+\_\_\_

Volume sanguin total (cumulé) dans le drain (ml) : \_\_\_

Premier lever du patient : J+\_\_\_

Durée d’hospitalisation : \_\_\_

Transfusion post opératoire : nombre de concentrés globulaires transfusé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reprise du traitement Anti coagulant : Date de reprise : J+\_\_\_ Traitement repris : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVA (0-10) :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **J0 :** |  | **J+1 :** |  | **J+2 :** |  | **J+3 :** |  |
| **Jour de l’ablation du drain :** |  |

**En cas de drainage :**

|  |  |
| --- | --- |
| Le drain a-t-il apporté une douleur supplémentaire ? | OUI  NON  Ne sait pas |
| Le drain a-t-il limité la mobilisation ? | OUI  NON  Ne sait pas |

**Complication post opératoire précoce :**

Aucune

Hématorachis  Délai de reprise : J+\_\_\_

Infection : Délai de reprise : J+\_\_\_

Désunion de cicatrice  Délai de reprise : J+\_\_\_

Pansement souillé au cours des réfections infirmières Reprise :  OUI J+ \_\_\_\_\_  NON

Ce questionnaire est à adresser à Nantes à l’issue de l’hospitalisation initiale (enveloppes libellées fournies). Une relance sera effectuée par l’équipe nantaise pour vérifier l’absence de complication à 1 mois de la chirurgie.

Nom et Signature de la personne ayant complété le questionnaire :