**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 latéraleArthrodèse |  |  |
|  | 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 :