

**Explanteur**

Chirurgien :		<i>Adhésion aux sociétés savantes :</i>	
Adresse mail :		<input type="checkbox"/> SCV	
Chef de service :		<input type="checkbox"/> ESVS	
Hôpital :		<input type="checkbox"/> Vascurisq	
Pays :			

**Patient**

Nom :		<i>Facteurs de risques cardiovasculaires :</i>	
Prénom :		<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Non traité	<input type="checkbox"/> Diabète type: <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Non traité
Date de naissance :		<input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Non traité	<input type="checkbox"/> Obésité
<i>Antécédents cardiovasculaires :</i>		<input type="checkbox"/> Tabagisme Nombre de paquets / année : Arrêt tabagisme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui depuis	

**Explantation**

Date d'explantation : \_\_\_\_\_

*Cause(s) d'explantation :*

<input type="checkbox"/> Migration prothétique	<input type="checkbox"/> Extension maladie anévrismale
<input type="checkbox"/> Explantation au cours d'un nouveau geste chirurgical <input type="checkbox"/> Extension chirurgicale de revascularisation <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Infection Durée de l'infection : _____ Germe(s) :
<input type="checkbox"/> Détérioration du matériel <input type="checkbox"/> Dilatation <input type="checkbox"/> Plicature <input type="checkbox"/> Fracture de stent <input type="checkbox"/> Rupture ( <input type="checkbox"/> Anastomotique <input type="checkbox"/> Non anastomotique)	<input type="checkbox"/> Sérôme <input type="checkbox"/> Délai implantation -> Sérôme : <input type="checkbox"/> Durée d'évolution :
<input type="checkbox"/> Faux anévrisme anastomotique	<input type="checkbox"/> Sténose <input type="checkbox"/> Anastomotique ( <input type="checkbox"/> prox <input type="checkbox"/> dist) <input type="checkbox"/> Non anastomotique
<input type="checkbox"/> Endofuite <input type="checkbox"/> Type I ( <input type="checkbox"/> prox <input type="checkbox"/> dist) <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> Type III <input type="checkbox"/> Type IV <input type="checkbox"/> Endotension	<input type="checkbox"/> Thrombose Délai thromb/ expl : _____ Nbre de thrombectomies :
	<input type="checkbox"/> Autopsie
	<input type="checkbox"/> Autre :

**Explant**

Type d'explant :	renseignements complémentaires	
<input type="checkbox"/> Endoprothèse	Marque :	
<input type="checkbox"/> Stent	Modèle :	
<input type="checkbox"/> Prothèse en PET	N° de référence :	
<input type="checkbox"/> Prothèse en PTFE	N° de lot :	
<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Géométrie</i>	
	<input type="checkbox"/> Tubulaire	ø 1 : ø 2 :
	<input type="checkbox"/> Bifurquée	ø 1 : ø 2 :
	<input type="checkbox"/> Autre	ø 1 : ø 2 :

**Implantation**

Date d'implantation : \_\_\_\_\_

*Cause(s) d'implantation :*

<input type="checkbox"/> Anévrisme <input type="checkbox"/> Non compliqué <input type="checkbox"/> Dououreux <input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Rompu	<input type="checkbox"/> Pathologie occlusive membres <input type="checkbox"/> Ischémie <input type="checkbox"/> Aigüe <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> D'effort <input type="checkbox"/> Avec troubles trophiques <input type="checkbox"/> Sans troubles trophiques <input type="checkbox"/> Irréversible <input type="checkbox"/> Occlusion athéromateuse
<input type="checkbox"/> Dissection <input type="checkbox"/> Aortique type A <input type="checkbox"/> Aortique type B aiguë <input type="checkbox"/> Aortique type B chronique	<input type="checkbox"/> Remplacement du matériel prothétique Cause :
<input type="checkbox"/> Abord vasculaire hémodialyse <input type="checkbox"/> Ligne <input type="checkbox"/> Boucle <input type="checkbox"/> stent	<input type="checkbox"/> Autre:

*renseignements complémentaires*

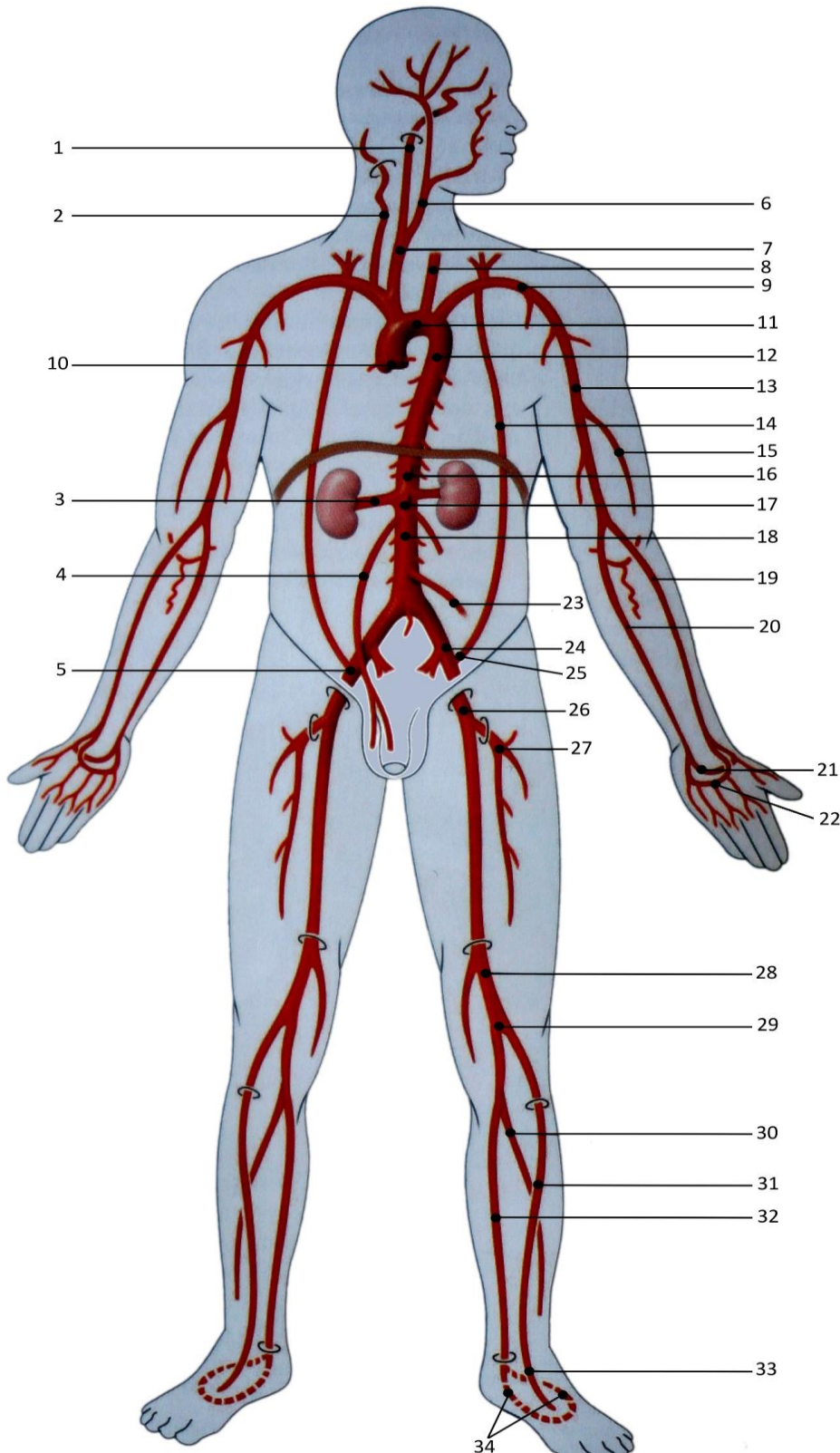
\_\_\_\_\_

Site d'implantation : cf au verso

o Implantation en site veineux :

o Implantation en site artériel :

*Dessiner le lieu d'implantation sur l'arbre vasculaire.*



1. artère carotide interne droite
2. artère vertébrale droite
3. artère rénale
4. artère testiculaire (ovarienne)
5. artère iliaque externe droite
6. artère carotide externe droite
7. artère carotide commune droite
8. artère carotide commune gauche
9. artère sub-clavière
10. aorte thoracique ascendante
11. crosse aortique
12. aorte thoracique descendante
13. artère brachiale
14. artère thoracique interne
15. artère brachiale profonde
16. tronc coeliaque
17. artère mésentérique supérieure
18. aorte abdominale
19. artère radiale
20. artère ulnaire
21. arcade palmaire profonde
22. artère palmaire superficielle
23. artère mésentérique inférieure
24. artère iliaque commune
25. artère épigastrique inférieure
26. artère fémorale commune
27. artère fémorale profonde
28. artère poplitée sus-articulaire
29. artère poplitée sous-articulaire
30. artère fibulaire
31. artère tibiale antérieure
32. artère tibiale postérieure
33. artère dorsale du pied
34. artères plantaires latérale et médiale