

Figure 2 : Fiche de données chirurgie de la cataracte

A. PATIENT Nom : _____ N° d'enreg. Hôpital : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adresse (facultatif) : _____ N° de série : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
Sexe : <input type="checkbox"/> (H) Homme <input type="checkbox"/> (F) Femme																															
Age : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans																															
B. EXAMEN PRE-OPERATOIRE : <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">Œil droit</td> <td align="center">Œil gauche</td> </tr> <tr> <td>Acuité visuelle :</td> <td align="center">Présentation AV :</td> <td align="center">AV :</td> </tr> <tr> <td>« Meilleure » ou avec trou sténopéique</td> <td align="center">AV :</td> <td align="center">AV :</td> </tr> <tr> <td>Examen de cristallin :</td> <td align="center">Christallin clair <input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Opacité, non prête à une intervention</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cataracte opérable</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cataracte inopérable</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aphaquie</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pseudophaquie</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Examen impossible</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Autre pathologie oculaire présente dans l'œil à opérer, pouvant influencer le résultat: Cicatrice cornéenne <input type="checkbox"/> Uveite ancienne <input type="checkbox"/> Pathologie rétinienne <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Autre, spécifier <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>		Œil droit	Œil gauche	Acuité visuelle :	Présentation AV :	AV :	« Meilleure » ou avec trou sténopéique	AV :	AV :	Examen de cristallin :	Christallin clair <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opacité, non prête à une intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataracte opérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataracte inopérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphaquie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pseudophaquie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catégorie d'acuité visuelle : 1. 10/10 (6/6) 2. 6/10 (6/9) 3. 5/10 (6/12) 4. 3.3/10 (6/18) 5. 2.5/10 (6/24) 6. 1.7/10 (6/36) 7. 1/10 (6/60) 8. 0.5/10 (3/60) 9. 0.2/10 (1/60) 10. PL+ 11. NPL 12. Examen impossible, probablement <1/10 (< 6/60) 13. Examen impossible, probablement >1/10 (> 6/60)
	Œil droit	Œil gauche																													
Acuité visuelle :	Présentation AV :	AV :																													
« Meilleure » ou avec trou sténopéique	AV :	AV :																													
Examen de cristallin :	Christallin clair <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Opacité, non prête à une intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Cataracte opérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Cataracte inopérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Aphaquie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Pseudophaquie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Examen impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
DONNEES CLINIQUES																															
C. CHIRURGIE Date (jj/mm/aa) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
Lieu : Base hospitalière <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> Hors hôpital <input type="checkbox"/>	Formation : Qualifié / spécialiste <input type="checkbox"/> Résident / Apprenti <input type="checkbox"/> Chirurgien de la cataracte <input type="checkbox"/>																														
Biométrie : Oui : <input type="checkbox"/> (o) Non : <input type="checkbox"/> (n)	ID de l'hôpital / camp																														
Œil opéré : Droit : <input type="checkbox"/> Gauche : <input type="checkbox"/>	ID du chirurgien																														
Type d'opération : Implant : EIC <input type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> EEC <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> Phaco manuel <input type="checkbox"/> Pas d'implant <input type="checkbox"/> Phaco <input type="checkbox"/>	Complications opératoires de l'œil opéré : Aucune <input type="checkbox"/> Rupture de la capsule <input type="checkbox"/> Perte d'humeur vitrée <input type="checkbox"/> Oedème cornéen <input type="checkbox"/> Autre, spécifier <input type="checkbox"/> _____																														
D. ACUITE VISUELLE POST-OP. DE L'ŒIL OPERE																															
Cause de vision <1/10 (< 6/60)																															
Visites de suivi A la sortie, <input type="checkbox"/> jours post-op. JJ MM AA 1-3 sem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 – 11 sem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> +12 sem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AV à la présentation AV : _____ AV : _____ AV : _____ AV : _____	« Meilleure » AV AV : _____ AV : _____ AV : _____ AV : _____	Sélection <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Séquelles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entré le : _____ _____ _____ _____																								