

Questionnaire – Chirurgie valvulaires

Client

| | | | |
|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> |
| Rue | <input type="text"/> | NPA / Lieu | <input type="text"/> |
| Sexe | <input type="text"/> | Tél. | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | eMail | <input type="text"/> |
| Numéro de client | <input type="text"/> | No de proposition | <input type="text"/> |

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui
Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

Date du diagnostic: Date de la dernière consultation:

Valvulopathie:

Si oui, préciser la cause:

congénitale acquise, si oui, préciser la cause

- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance mitrale | <input type="checkbox"/> Sténose mitrale |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance pulmonaire | <input type="checkbox"/> Sténose pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance tricuspidienn | <input type="checkbox"/> Sténose tricuspidienn |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance aortique | <input type="checkbox"/> Sténose aortique |

Rétrécissement aortique en progression rapide: non oui
(diminution de la surface valvulaire aortique >0,1 cm 2/an)

Degré de rétrécissement sous-valvulaire ou supra-valvulaire:

aucun minime modéré ou sévère

Insuffisance aortique: non oui

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> minime: racine aortique normale, DTDVG < 55mm, tracé Doppler 1+ |
| <input type="checkbox"/> légère: racine aortique normale, DTDVG < 55 mm, Doppler 1-2+ |
| <input type="checkbox"/> modérée: possible dilatation, DTDVG 55-60 mm, Doppler 2-3+ |
| <input type="checkbox"/> sévère: dilatation de la racine aortique, DTDVG > 60 mm, Doppler 3-4+ |

Intervention chirurgicale envisagée ou effectuée: non oui Si oui, dates:

- | |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> réparation ou valvuloplastie par ballonnet |
| <input type="checkbox"/> valvuloplastie (valve mécanique ou tissulaires) |
| <input type="checkbox"/> valvuloplastie par autogreffe, intervention de Ross |
| <input type="checkbox"/> autres valvuloplastie |
| <input type="checkbox"/> réparation sous-valvulaire ou supra-valvulaire |

Autres:

Traitement médicamenteux:

non oui

Lesquels, Dosage, depuis quand?

Symptômes / limitations actuels:

non oui

Si oui, lesquels:

Complications ou autres comorbidités:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> angor | <input type="checkbox"/> coronaropathie |
| <input type="checkbox"/> fibrillation auriculaire | <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque congestive |
| <input type="checkbox"/> dilatation de la racine aortique | |
| <input type="checkbox"/> rétrécissement ou régurgitation aortique après valvuloplastie | |
| <input type="checkbox"/> autres valvulopathies / lésions valvulaires multiples | |
| <input type="checkbox"/> maladie cérébrovasculaire | <input type="checkbox"/> hypertrophie ou dilatation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> syndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> souffle cardiaque |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> BPCO | |

Autres:

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois:

- | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ECG de repos | Résultat: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal | Date: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergométrie | Résultat: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal | Date: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Echocardiographie | Résultat: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal | Date: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fonction ventriculaire gauche | Résultat: <input type="radio"/> FEVG >50% | Date: <input type="text"/> |
| | <input type="radio"/> FEVG 40-49% | |
| | <input type="radio"/> FEVG < 40% | |

Autres:

 Date: **Autres commentaires:**

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél. Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.