



# COMITE INTERFACE COMPRESSION de la SFMV

## Enquête : Observance de la compression dans la maladie veineuse chronique

### – Recueil Médical –

- ▶ **Critères d'inclusion** : patients présentant une maladie veineuse chronique pour laquelle une compression élastique a été prescrite, et que l'on revoit en consultation.
- ▶ **Critères d'exclusion** : Lymphoedème, ulcères, superposition de plusieurs bas, bas sur mesure.

#### INFORMATIONS GENERALES

- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Patient N° : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ (3<sup>ères</sup> lettres du nom)
- Date naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  F  M Taille (cm) : ..... Poids (kg) : .....
- Profession du patient : .....
- Pays :  France - Département où exerce le médecin vasculaire : \_\_\_\_\_  Belgique  Suisse

#### ENQUETE CLINIQUE

Signes cliniques veineux	Droit	Gauche
Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paresthésies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (prurit, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles trophiques veineux	Droit	Gauche
Hypodermite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermite ocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema variqueux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atrophie blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes ED : existence de :	Droit	Gauche
Reflux valvulaire profond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux valvulaire superficiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veine incompressible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatation veineuse ou stase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration oedémateuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geste thérapeutique	Droit	Gauche
Chirurgie classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echoscélrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio-fréquence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser endoveineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlébectomies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (ASVAL, Vapeur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Morphotype particulier	Droit	Gauche
Cuisses	Fines <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grosses <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mollets	Fins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chevilles	Fines <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grosses <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asymétrie des membres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Présence de troubles musculo-squelettiques	Droit	Gauche
Déformations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitations arthrosiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### STADE CLINIQUE CEAP BASIQUE

<b>Droit</b>	<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Symptomatique	<input type="checkbox"/> C0	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> C5
<b>Gauche</b>	<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Symptomatique	<input type="checkbox"/> C0	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> C5

#### LA PRESCRIPTION COMPORTE (Force en mmHg et type de compression)

<b>MI Droit</b> (pression mmHg)	<input type="checkbox"/> 10 à 14	<input type="checkbox"/> 15 à 20	<input type="checkbox"/> 20 à 36	<input type="checkbox"/> > 36
<b>MI Gauche</b> (pression mmHg)	<input type="checkbox"/> 10 à 14	<input type="checkbox"/> 15 à 20	<input type="checkbox"/> 20 à 36	<input type="checkbox"/> > 36
<b>MI Droit</b> (type)	<input type="checkbox"/> Chaussettes	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Collant	
<b>MI Gauche</b> (type)	<input type="checkbox"/> Chaussettes	<input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/> Collant	
<b>Prescription d'aide à l'enfilage</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

#### LA DELIVRANCE

- Qui délivre :  Pharmacien  Orthopédiste  Autre : .....
- Prise de mesures :  Non  Oui  
Qui prend les mesures (une seule réponse) :  
 Vous-même  Pharmacien  Centre orthopédique  Patient  Autre : .....
- Démonstration d'enfilage :  Aucun  Au cabinet  Chez le pharmacien  Centre orthopédique  
Essayage (une réponse) :  Aucun  Au cabinet  Chez le pharmacien  Centre orthopédique