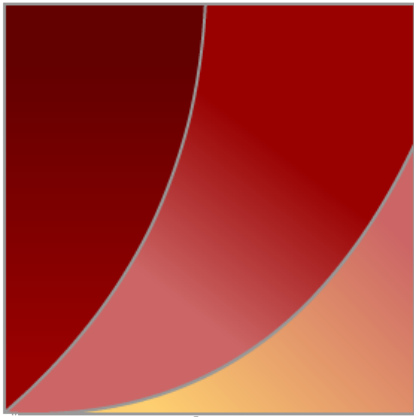


REES



*Réseau d'Évaluation en
Économie de la Santé*

L'EMPHYSÈME PULMONAIRE

CRF

Document Interne

08 novembre 2006

CONTENU DU CRF

Le CRF est rempli au cours des différentes visites du patient. Il comporte :

1. La **visite de sélection**. Cette visite permet de déterminer l'éligibilité du patient. Ses caractéristiques socio-démographiques et ses antécédents médicaux sont rapportés.
2. Le **bilan pré-thérapeutique**. Cette visite permet de déterminer le caractère hétérogène ou homogène de l'emphysème et donc du groupe de traitement du patient.
3. La **visite thérapeutique**. C'est au cours de cette visite que les patients ayant un emphysème hétérogène bénéficient de la pose des valves. Les patients présentant un emphysème homogène seront également convoqués : cette visite tient lieu de t_0 .
4. La visite de **suivi à 3 mois**. C'est au cours de cette visite que sont mesurés les critères de jugement sur l'efficacité du TEEP. Cette visite correspond à t_{0+3}
5. Les visites de **suivi** à 6, 12, 18 et 24 mois. Elles permettent de suivre le devenir des patients.
6. Le compte-rendu de **sortie d'étude**. Il permet de documenter les sorties d'étude (décès, fin de l'étude...)
7. Le compte rendu d'**événements indésirables**. Il documente les événements indésirables liés à la pose de la (ou des) valve(s). Le retrait d'une valve sera renseigné à ce niveau.
8. La **pose de valves supplémentaires**. Elle est possible au bout de 6 mois.

	Selection	Échelle post-diagn	Vieillesse (M0)	Surviv 3 m (M0)	Surviv 6 m (M0+)	Surviv 12 m (M1)	Surviv 18 m (M1S)	Surviv 24 m (M1N)
Caractéristiques démographiques	X							
Antécédents tabagiques	X							
Comorbidités	X							
Examen clinique	X		X	X	X	X	X	X
Echelle de dyspnée MMRC		X	X	X	X	X	X	X
Exacerbations	X		X	pbme	pbme	Pbme	Pbme	Pbme
Fonction respiratoire								
Spir AvBD	X	X	X	X	X	X	X	X
Spir Ap DD	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacité de diffusion	X	X	X		+	+	+	+
Pléthysmographie Ap BD	X	X	X		+	+	+	+
Tolérance à l'effort								
Test de marche	X	X	X	X	X	X	X	X
Cyclo-ergométrie		+				+		+
Insuffisance respiratoire chronique	X							
Index de Bode		I (pbme)	I	I	I	I	I	I
Oxygénothérapie	X	X	X	X	X	X	X	X
Réhabilitation	X							
Traitement de fond								
Broncho-dilatateurs		X	X	X	X	X	X	X
Stéroïdes		X	X	X	X	X	X	X
Qualité de vie								
QWB		X	X	X	X	X	X	X
St Georges		X	X	X	X	X	X	X
Essoufflement (SOBQ)		X	X	X	X	X	X	X
Imagerie								
Radio du thorax		X	X	X	X	X	X	X
Radio du thorax (postpose)			X					
TDM thoracique		X						
Éligibilité	X							
Cotation visuelle emphyseme		X						
Cotation informatique de l'emphyseme		X						
Traitement par valves			X (EH)					

X : oui, obligatoire - + : oui, optionnel - I : calcul informatique à partir des réponses précédentes

1. MODIFICATIONS DU CRF DU 13 OCTOBRE

1.1. Ajout des actes CCAM

Code	Chapitre	Nom long	Prix	Remboursement	Correspondance CRF
GLQP008	6.1.7.4	Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec gazométrie sanguine artérielle [Spirométrie standard avec gaz du sang]	67.20 €	Acte remboursable	Spirométrie
GLQP012	6.1.7.4	Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement [Spirométrie standard]	36.45 €	Acte remboursable	Spirométrie
YYYY025	19.2.6	Supplément pour mesure du volume résiduel de la ventilation maximale au cours d'une spirométrie standard	23.04 €	Acte remboursable	Spirométrie
GLQD001	18.2.6.1	Mesure de la capacité de transfert pulmonaire du monoxyde de carbone [TLCO] ou d'un autre gaz en apnée ou en état stable, au cours d'une épreuve fonctionnelle respiratoire	0.00 €	Acte non remboursable	Capacité de diffusion ?
GLQD007	6.1.7.4				e diffusion ?
GLQP002	6.1.7.4	Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	76.80 €	Acte remboursable	Pléthysmographie
GLQP009	6.1.7.4	Mesure de la capacité vitale et du volume courant par pléthysmographie d'inductance	34.56 €	Acte remboursable	Pléthysmographie
GLQP011	6.1.7.4	Mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	60.91 €	Acte remboursable	Pléthysmographie
GLLD001	6.4.2	Oxygénothérapie hyperbare avec utilisation de	0.00 €	Acte non remboursable	Oxygénothérapie ?



Code patient

□□□□□□□□

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

□□□□□□□□

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

ventilation mécanique

GLLD017	6.4.2	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures	0.00 € Acte non remboursable	Oxygénothérapie ?
GLLD020	6.4.2	Oxygénothérapie hyperbare sans utilisation de ventilation mécanique	0.00 € Acte non remboursable	Oxygénothérapie ?
GLQF001	6.4.1	Réglage du débit d'oxygène par mesures répétées des gaz du sang, pour instauration ou adaptation d'une oxygénothérapie de débit défini, par 24 heures	69.12 € Acte remboursable	Oxygénothérapie ?
YYYY144	19.1.5	Séance d'oxygénothérapie hyperbare	28.80 € Acte remboursable	Oxygénothérapie ?
GLRP002	6.4.3	Séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique, sur machine	0.00 € Acte non remboursable	Réhabilitation ?
ZBQK002	6.1.3	Radiographie du thorax	21.28 € Acte remboursable	Radio du thorax
LJQK002	6.1.3	Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax	45.22 € Acte remboursable	Radio du thorax
ZBQK003	6.1.3	Radiographie de l'appareil respiratoire	21.28 € Acte remboursable	Radio du thorax
ZBQH001	6.1.4	Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste	25.27 € Acte remboursable	TDM thoracique ?
ZBQK001	6.1.4	Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste	25.27 € Acte remboursable	TDM thoracique ?
ZBQJ001	6.1.5	Remnographie [IRM] du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste	69.00 € Acte remboursable	TDM thoracique ?
ZBQN001	6.1.5	Remnographie [IRM] du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste	69.00 € Acte remboursable	TDM thoracique ?

Reste à prévoir les actes liés à la pose des valves et ceux liés aux effets indésirables, aux passages en réanimation. Pour la réhabilitation, il s'agit plus probablement d'actes de kinésithérapie.

1.2. Visite initiale

Afin de minimiser la saisie d'informations, on s'assure que le patient vérifie les critères d'inclusion avant de renseigner toute variable supplémentaire.

Les actes CCAM (à valider) doivent être précisés lorsqu'il existe différentes tarifications pour le même geste (ex : spirométrie)



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Antécédents tabagiques

Le patient a-t-il été fumeur ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si oui :

1A	Nombre d'années de tabagisme	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> années
	Nombre de paquets par jour	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> paquets/jour
Ou 1B	Nombre de paquets par an	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> paquets/année
2	Le patient a-t-il fumé ces 4 derniers mois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> (0 : Non, 1 : Oui)
Emplacement pour dire si le patient est éligible à ce stade		

Comorbidités

Coronaropathie	<input type="text"/> <input type="text"/> (0 N, 1 O)	Diabète	<input type="text"/> <input type="text"/>
Infarctus du myocarde	<input type="text"/> <input type="text"/>	Traitement par insuline	<input type="text"/> <input type="text"/>
Artérite oblitérante mb inf	<input type="text"/> <input type="text"/>	Insuffisance rénale chronique	<input type="text"/> <input type="text"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="text"/> <input type="text"/>	Cirrhose	<input type="text"/> <input type="text"/>
Accident Ischémique Transitoire	<input type="text"/> <input type="text"/>		

Autre (0 N, 1 O) Précisez _____

Emplacement pour rappeler que le patient n'est pas éligible si a fumé ces 4 derniers mois

Examen clinique

Examen le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date de l'examen / / (JJ/MM/AAAA)

Poids kg

Taille cm



Code patient |_|_|_|_|

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Indice de masse corporelle (BMI) |_|_|,|_|_| kg/m² (calcul automatique)

Emplacement pour afficher si le patient est éligible en fonction du BMI

Pression artérielle Systolique |_|_|_| mmHg

Diastolique |_|_|_| mmHg

Pouls |_|_|_| bpm

Fréquence respiratoire |_|_| /min

Température |_|_| °C [Discuter avec cliniciens de la pertinence d'intervalles](#)

Numérisé par Aurélie Dumas – version identique



Code patient |_|_|_|_|_|_|_|

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom) |_|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Fonction Respiratoire : Spirométrie

➤ Spirométrie avant broncho-dilatateurs

Si oui : Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)
VEMS |_|,|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)
CVF |_|,|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)
Acte CCAM |_____| Préciser _____

Pourquoi pas un champ « examen le jour de la visite » comme précédemment ?

➤ Spirométrie après broncho-dilatateurs

Si oui : Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)
VEMS |_|,|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)
CVF |_|,|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)
Acte CCAM |_____| Préciser _____

Pourquoi pas un champ « examen le jour de la visite » comme précédemment ?

Calcul des % Pred. :

$\% \text{ VEMS} = \text{VEMS} / ((4.30\text{H} - 0.029\text{A} - 2.49)1_M + (3.95\text{H} - 0.025\text{A} - 2.60)1_F) * 100$ – faux si A < 25 ans



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Fonction respiratoire : Capacité de diffusion et pléthysmographie

➤ Capacité de diffusion après broncho-dilatateurs

Si oui : Date (JJ/MM/AAAA)

DLCO (Valeur / Unité) (1 : mL CO/min/mmHg, 2 : mmol/min/kPa)

% Pred. (calcul auto)

DLCO/VA (Valeur / Unité) (1 : mL CO/min/mmHg/L, 2 : mmol/min/kPa/L)

➤ Pléthysmographie après broncho-dilatateurs

Réalisée (0 : Non, 1 : Oui) ?

Si oui : Date (JJ/MM/AAAA)

CRFpleth L

VR L % Pred. (calcul auto)

CPT L % Pred. (calcul auto)

CI L

CV L

VRE L

Acte CCAM Préciser

Calcul des % Pred. : en attente des formules



Code patient |_|_|_|_|_|_|_|

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom) |_|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Tolérance à l'effort : Test de marche

Test de marche de 6 min réalisé le jour de la visite ? |_|_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Distance totale parcourue |_|_|_| mètres

Oxygène |_|_| (0 : Non, 1 : Oui) **Si oui :** |_|_| L/min

Fréquence cardiaque Début |_|_| /min

Fin |_|_|_| /min

Maximum |_|_|_| /min

SpO₂ Début |_|_| %

Fin |_|_| %

Minimum |_|_| %

Échelle de Borg (Si le patient a choisi une valeur comprise entre celles proposées, arrondir à la valeur supérieure)

	Pré-	Post-
Dyspnée		
Fatigue MI		

Mettre un menu déroulant pour l'échelle de Borg : 0,5 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10.

Nombre d'arrêt(s) pendant l'épreuve |_|_|

Cause de l'arrêt |_|_| (1 : Dyspnée, 2 : Fatigue des membres inférieurs, 3 :)

Demander si c'est mutuellement exclusif.



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Tolérance à l'effort : Cyclo-ergométrie

Cet examen est optionnel.

Cyclo-ergométrie réalisée ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si oui : Date (JJ/MM/AAAA)

Pourquoi la fréquence cardiaque est en 2 chiffres au début et 3 à la fin ?

Oxygène (0 : Non, 1 : Oui) **Si oui :** L/min

Fréquence cardiaque Début /min Fin /min

Fréquence respiratoire Début /min Fin /min

Tension artérielle Début / mmHg

Fin / mmHg

SpO₂ Début % Fin %

Puissance Watts

VO₂ max ml/kg/min

Attention : la VO₂ n'est mesurable sous O₂ que si la FiO₂ est constante et mesurée, comme dans l'étude Vent, à 30 % (D'où sacs, bouteilles, etc...)

VE fin d'exercice L (permet de calculer la réserve ventilatoire)

CI pré L CI fin d'exercice L

Que faire de l'index de distension organique ? Est-ce une question ?

Échelle de Borg (Si le patient a choisi une valeur comprise entre celles proposées, arrondir à la valeur supérieure)

	Pré-	Post-
Dyspnée		
Fatigue MI		

Mettre un menu déroulant pour l'échelle de Borg : 0,5 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10.



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Exacerbation(s)

Au cours des 12 derniers mois :

- Nombre d'exacerbations de BPCO

- Nombre d'exacerbations de BPCO nécessitant une hospitalisation
dont en réanimation.

- Nombre d'exacerbations de BPCO nécessitant une ventilation assistée :
 - Invasive
 - Non invasive

Insuffisance respiratoire chronique

Le patient a-t-il une supplémentation en oxygène ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si oui :

Depuis combien de temps ? (0 : <1 an, 1 : 1 an, ..., 5 : 5 ans, 6 : > 5 ans)



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Thérapeutiques

➤ **Oxygénothérapie**

Emplacement pour décider si le patient a ou non une supplémentation en O₂

Si oxygénothérapie : Oxygène (1 : en continu, 2 : de déambulation)

A confirmer si les deux catégories sont mutuellement exclusives

➤ **Appareillages (RQ : c'est encore conditionnel à l'oxygénothérapie ?)**

Pression Positive Continue (PPC) (0 : non, 1 : oui)

Ventilation Non Invasive (VNI) (0 : non, 1 : oui)

➤ **Réhabilitation (réentraînement à l'effort)**

Date de la dernière réhabilitation / (MM/AAAA)

Actuellement, le patient poursuit-il une activité de réhabilitation régulière à domicile ?

(0 : non, 1 : oui)

Rq : n'y a-t-il pas un test à faire sur les critères d'éligibilité ?



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Traitement de fond : broncho-dilatateurs

Le patient utilise-t-il des broncho-dilatateurs ?

(0 : non, 1 : oui)

Si oui :

Nom commercial	Forme (1 : Aérosol, 2 : Inhalateur, 3 : Per os)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



Code patient

Visite de sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Éligibilité du patient : critères d'inclusion (0 : Non, 1 : Oui)

1. Patient emphysémateux (Éligibilité)

2. $IMC \leq 31,1 \text{ kg/m}^2$ (homme) ou $\leq 32,3 \text{ kg/m}^2$ (femme) (Éligibilité)

Rappel : Sexe = Calcul IMC = Calcul kg/m^2

3. Sevrage tabagique datant d'au moins 4 mois (Éligibilité)

Rappel : Rappel de la réponse à « antécédents tabagiques »

4. Réhabilitation respiratoire au cours de l'année précédente (Éligibilité)

Rappel : Année de la dernière réhabilitation = Calcul

5. Test de marche de 6 min post-réhabilitation $\geq 140 \text{ m}$ (Éligibilité)

Rappel : Test de marche de 6 minutes = Calcul m

6. $VEMS \leq 45 \%$ pred (Éligibilité)

Rappel : VEMS après broncho-dilatateurs = Calcul $\%$ pred

7. $CPT \geq 100 \%$ pred (Éligibilité)

Rappel : CPT = Calcul $\%$ pred

8. $VR \geq 150 \%$ pred (Éligibilité)

Rappel : VR = Calcul $\%$ pred



Code patient

Visite de Sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Éligibilité du patient : critères d'exclusion (0 : Non, 1 : Oui)


- | | | |
|---|----------------------|---------------|
| 1. Perte de poids involontaire de plus de 10 % du poids habituel dans les 90 jours qui précèdent | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 2. Fièvre, taux élevé de globules blancs ou tout autre signe de la présence d'une infection | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 3. Expectorations cliniquement significatives (> 60 mL par jour) | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 4. Bronchiectasies cliniquement significatives | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 5. Infections respiratoires récurrentes (responsables de plus d'1 hospitalisation au cours de l'année précédente) | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 6. Maladie pleurale ou interstitielle interdisant toute intervention | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 7. Greffe de poumon, LVRS ou lobectomie antérieures | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 8. Preuve de maladie systémique ou de néoplasie qui, prévoit-on, compromettra les chances de survie sur 5 ans | <input type="text"/> | (Éligibilité) |
| 9. Toute maladie ou condition qui interfère avec l'achèvement de l'évaluation initiale ou des suivis | <input type="text"/> | (Éligibilité) |

Éligibilité du patient :

Vous avez coché « non » pour au moins un critère d'inclusion et/ou « oui » pour au moins un critère d'exclusion :

► Le patient n'est **pas éligible** pour l'étude.

Sinon, le patient est **potentiellement éligible** pour l'étude. Il faut réaliser l'imagerie afin de s'assurer de l'absence de nodule.

	Code patient	_ _ _ _ _ _ _	Visite de Sélection
	Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)	_ _ _ _ _ _ _	


Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Cette partie de l'étude ne concerne que les patients potentiellement éligibles (à l'issue de la visite de sélection).

Pour déterminer si le patient est éligible, il est nécessaire d'avoir réalisé, en suivant les caractéristiques du protocole VENT et en produisant un CD anonymisé :

- Une radio du thorax,
- Un TDM thoracique.



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (), du document « *Aide Cotation Emphyseme.pdf* » pour vous guider dans la cotation visuelle de l'emphysème.

Imagerie

➤ Radio du thorax

Radio réalisée le jour de la visite ? |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Nodule pulmonaire suspect nécessitant des investigations complémentaires |_| (0 : Non, 1 : Oui)

➤ TDM thoracique réalisé selon la technique préconisée

TDM réalisé le jour de la visite ? |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Nodule pulmonaire suspect nécessitant des investigations complémentaires |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Emplacement pour statuer sur l'éligibilité du patient (si « Non » à TDM, indépendamment de la réponse à la radio)



Code patient

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Visite de Sélection

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Cotation visuelle de l'emphysème : hétérogénéité de l'emphysème

Cochez dans les tableaux suivants les scores de destruction emphysemateuse (DE) tels que vous les avez déterminés visuellement, sachant que :

- DE=0 : 0 % de destruction
- DE=1 : 1-25 % de destruction
- DE=2 : 26-50 % de destruction
- DE=3 : 51-75 % de destruction
- DE=4 : 76-100 % de destruction

Poumon gauche						
Lobe Inférieur						
	DE	0	1	2	3	4
Lobe supérieur	0					
	1					
	2					
	3					
	4					

Les deux tableaux rapportent les différentes combinaisons possibles de score de Destruction Emphysemateuse (DE) au niveau du poumon droit et du poumon gauche (cases sombres et cases blanches). Les combinaisons incompatibles avec les exigences de destruction et d'hétérogénéité requises sont sombres.

Poumon droit						
Lobe Inférieur						
	DE	0	1	2	3	4
Lobe supérieur	0					
	1					
	2					
	3					
	4					

En pratique, pour pouvoir faire l'objet du TEEP, le patient doit avoir un emphysème hétérogène, qui se traduit en pratique par :

- Soit une case blanche au niveau du poumon gauche,
- Soit une case blanche au niveau du poumon droit.

Vous pouvez vous aider du document d'aide à la cotation fourni dans la documentation.

1) L'ensemble des lobes des deux poumons ont-ils un score de DE égal à 4 ?

(0 : Non, 1 : Oui) Si oui afficher « Emphysème homogène »

2) Le lobe supérieur ou inférieur a-t-il un score de DE ≥ 3 **et** la différence de ce DE avec celui du lobe adjacent est-elle ≥ 1 ?

(0 : Non, 1 : Oui) Si non afficher « Emphysème homogène »

L'emphysème est défini comme

(0 : Homogène – oui à la 1^e question **ou** non à la 2^e,
1 : Hétérogène – non à la 1^e question **et** oui à la 2^e)

Emplacement pour vérifier la cohérence de la définition



Code patient

Visite de Sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Cotation visuelle de l'emphysème : choix du lobe cible

Emplacement pour afficher si l'emphysème est défini comme homogène ou hétérogène

Dans le cas où les deux poumons présentent une zone cible potentielle et une hétérogénéité suffisante pour le traitement, le médecin devra déterminer la zone à traiter en se basant sur son évaluation visuelle du scanner. Les règles générales suivantes sont à suivre :

- Tous les autres paramètres étant égaux, choisir le lobe avec le score de destruction le plus élevé.
- Si deux lobes cibles potentiels présentent le même score de destruction, choisir le côté présentant la plus grande hétérogénéité.

Vous pouvez vous aider du document d'aide à la cotation fourni dans la documentation.

Lobe cible choisi par l'investigateur ?

(1 : Lobe supérieur du poumon gauche,
2 : Lobe inférieur du poumon gauche,
3 : Lobe supérieur du poumon droit,
4 : Lobe inférieur du poumon droit)



Code patient

Visite de Sélection

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Cotation informatique de l'emphysème (Core Lab)

Date d'envoi du CD anonymisé (JJ/MM/AAAA)

Date de réception du CD anonymisé (JJ/MM/AAAA)

Date d'analyse du scanner par Core Lab (JJ/MM/AAAA)

➤ Hétérogénéité de l'emphysème

1) L'ensemble des lobes des deux poumons ont-ils un score de DE égal à 4 ?

(0 : Non, 1 : Oui) **Emplacement pour afficher si cohorte contrôle**

2) Le lobe supérieur ou inférieur a-t-il un score de DE ≥ 3 et la différence de ce DE avec celui du lobe adjacent est-elle ≥ 1 ?

(0 : Non, 1 : Oui) **Emplacement pour afficher si cohorte contrôle**

L'emphysème est défini comme (0 : Homogène, 1 : Hétérogène)

➤ Choix du lobe cible (emphysèmes hétérogènes)

Emplacement pour indiquer si le patient est concerné (emphysème hétérogène)

Cochez le lobe cible choisi par le logiciel
(1 : Lobe supérieur du poumon gauche, 2 : Lobe inférieur du poumon gauche, 3 : Lobe supérieur du poumon droit, 4 : Lobe inférieur du poumon droit)

Emplacement pour afficher la conduite à suivre : « Le patient appartient à la cohorte valves. Pour prévoir la mise en place des valves, le patient doit avoir une consultation avec l'anesthésiste au minimum 48 h avant le traitement et doit subir un ECG et un Gaz du sang. » ou « Le patient appartient à la cohorte contrôle. »

Fin De La Visite De Sélection



Code patient

Evaluation Initiale (J0)




Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

ÉVALUATION INITIALE (J0)



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ Date de la visite

Date de la visite

(JJ/MM/AAAA)



Code patient

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Examen clinique

Examen le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date de l'examen (JJ/MM/AAAA)

Poids kg

Taille cm (calcul automatique)

Indice de masse corporelle (BMI) kg/m² (calcul automatique)

Pression artérielle Systolique mmHg

Diastolique mmHg

Pouls bpm

Fréquence respiratoire /min

Température °C

Questionnaire MMRC (Modified Medical Research Council)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

Si non : Date de remplissage (JJ/MM/AAAA)

Veuillez lire les descriptions suivantes au patient et cochez la réponse qui correspond le mieux à ses difficultés respiratoires. Ne cochez qu'une seule réponse.

0. Aucune difficulté respiratoire sauf en cas d'effort physique intensif
1. J'ai des difficultés respiratoires lorsque je marche rapidement sur terrain plat ou lorsque je marche sur terrain légèrement montant.
2. Je marche plus lentement que les personnes de mon âge sur terrain plat parce que j'ai des difficultés respiratoires ou je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle lorsque je marche à mon propre rythme sur terrain plat.
3. Je m'arrête pour reprendre mon souffle après avoir marché 100 mètres environ ou après quelques minutes sur terrain plat.
4. J'ai trop de difficultés respiratoires pour quitter mon domicile ou je m'essouffle lorsque je m'habille ou me déshabille.

Réponse



Code patient

|_|_|_|_|

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Exacerbation(s)

Depuis la dernière visite :

- Nombre d'exacerbations de BPCO depuis la dernière visite |_|_|
- Nombre d'exacerbations de BPCO depuis la dernière visite :
nécessitant une hospitalisation |_|_|
dont |_|_| en réanimation.
- Nombre d'exacerbations de BPCO depuis la dernière visite nécessitant une ventilation assistée :
 - Invasive |_|_|
 - Non invasive |_|_|



Code patient

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Fonction Respiratoire : Spirométrie

➤ Spirométrie avant broncho-dilatateurs

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non, date (JJ/MM/AAAA)

VEMS L % Pred. (calcul auto)

CVF L % Pred. (calcul auto)

Acte CCAM Préciser

➤ Spirométrie après broncho-dilatateurs

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non, date (JJ/MM/AAAA)

VEMS L % Pred. (calcul auto)

CVF L % Pred. (calcul auto)

Acte CCAM Préciser

Calcul des % Pred. : en attente des formules



Code patient |_|_|_|_|_|_|

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom) |_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Fonction respiratoire : Capacité de diffusion et pléthysmographie

➤ Capacité de diffusion

Réalisée le jour de la visite ? |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si non, date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

DLCO (Valeur / Unité) |_|_|,|_|_|_|_| (1 : mL CO/min/mmHg, 2 : mmol/min/kPa)

|_|_| % Pred. (calcul auto)

DLCO/VA (Valeur / Unité) |_|_|,|_|_|_|_| (1 : mL CO/min/mmHg/L, 2 : mmol/min/kPa/L)

➤ Pléthysmographie après broncho-dilatateurs

Réalisée le jour de la visite ? |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si non, date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

CRFpleth |_|,|_|_|_| L

VR |_|,|_|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)

CPT |_|,|_|_|_| L |_|_| % Pred. (calcul auto)

CI |_|,|_|_|_| L

CV |_|,|_|_|_| L

VRE |_|,|_|_|_| L

Acte CCAM |_____| Préciser _____

Calcul des % Pred. : en attente des formules



Code patient

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Tolérance à l'effort : Test de marche

Test de marche de 6 min réalisé le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Distance totale parcourue mètres

Oxygène (0 : Non, 1 : Oui) **Si oui :** L/min

Fréquence cardiaque Début /min

Fin /min

Maximum /min

SpO₂ Début %

Fin %

Minimum %

Échelle de Borg (Si le patient a choisi une valeur comprise entre celles proposées, arrondir à la valeur supérieure)

	Pré-	Post-
Dyspnée		
Fatigue MI		

Mettre un menu déroulant pour l'échelle de Borg : 0,5 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10.

Nombre d'arrêt(s) pendant l'épreuve

Cause de l'arrêt (1 : Dyspnée, 2 : Fatigue des membres inférieurs)

[Reprend la même page que pour la visite de sélection](#)



Code patient

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Imagerie (cohorte valves uniquement)

Emplacement pour rappeler si le patient appartient à la cohorte valves ou non

➤ Radio du thorax avant le traitement par valves

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Résultat (1 : Normal, 2 : Anormal)

Si anormal : Expliquez _____

➤ Radio du thorax après le traitement par valves

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Résultat (1 : Normal, 2 : Anormal)

Si anormal : Expliquez _____



Code patient

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Gaz du sang

Réalisé le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

SaO₂ mesurée %

PH

PO₂ mmHg

PCO₂ mmHg

Index de BODE

BMI (calcul auto)

Obstruction : VEMS % Pred. (calcul auto)

Dyspnée : score du MMRC (calcul auto)

Exercice : distance parcourue au test de marche de 6 minutes mètres (calcul auto)

Index BODE (calcul auto)



Code patient

|_|_|_|_|_|

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Veillez imprimer les questionnaires QWB, St Georges et SOBQ à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Après remplissage par le patient, ces questionnaires doivent être faxés à Morgane DHEILLY au 03 20 44 56 11, **accompagnés de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

Questionnaires de qualité de vie et de dyspnée

➤ Questionnaire QWB (Quality of Well Being)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

➤ Questionnaire St Georges

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

➤ Questionnaire sur l'essoufflement (SOBQ)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

Emplacement pour rappeler si le questionnaire MMRC a été complété



Code patient

|_|_|_|_|_|_|_|

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Traitement par valves

Emplacement pour rappeler que les patients homogènes ne sont pas concernés

Date de l'endoscopie

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

Anesthésie

|_|

(1 : générale, 2 : locale)

Lobe effectivement traité par valves

|_|

(1 : Lobe supérieur du poumon gauche, 2 : Lobe inférieur du poumon gauche, 3 : Lobe supérieur du poumon droit, 4 : Lobe inférieur du poumon droit)

Le lobe a-t-il été totalement exclu (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Nombre de valves utilisées

|_|

valves

Problème technique per-opératoire

|_|

(0 : Non, 1 : Oui)

Complication per-opératoire

|_|

(0 : Non, 1 : Oui)

Complication post-opératoire

|_|

(0 : Non, 1 : Oui)

Si un problème technique ou une complication est constaté, veuillez compléter le formulaire correspondant.

Date de sortie d'hospitalisation

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

Les deux pages suivantes vous permettront de renseigner les bronches segmentaires et les bronches proximales appareillées.



Code patient

□□□□□□

Evaluation Initiale (J0)

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

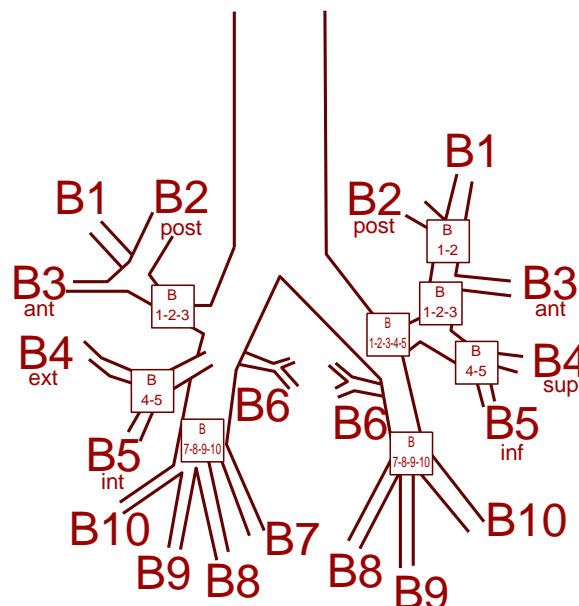
□□□□□□

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Emplacement pour rappeler quel lobe est traité

Bronches segmentaires appariées :

B1 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B2 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B3 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B4 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B5 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B6 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B7 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B8 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B9 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□
B10 (0 : Non, 1 : Oui)	□□	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	□□





Code patient

Suivi à 3 mois




Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

VISITE DE SUIVI À 3 MOIS



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ Date de la visite

Date de la visite

(JJ/MM/AAAA)



Code patient

Suivi à 3 mois

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Examen clinique

Examen le jour de la visite *(0 : Non, 1 : Oui)*

Si non : Date de l'examen *(JJ/MM/AAAA)*

Poids kg

Taille cm *(calcul automatique)*

Indice de masse corporelle (BMI) kg/m² *(calcul automatique)*

Pression artérielle Systolique mmHg

Diastolique mmHg

Pouls bpm

Fréquence respiratoire /min

Est-ce normal d'avoir supprimé la température ?

Questionnaire MMRC (Modified Medical Research Council)

Complété le jour de la visite *(0 : Non, 1 : Oui)* ?

Si non : Date de remplissage *(JJ/MM/AAAA)*

Veillez lire les descriptions suivantes au patient et cochez la réponse qui correspond le mieux à ses difficultés respiratoires. Ne cochez qu'une seule réponse.

0. Aucune difficulté respiratoire sauf en cas d'effort physique intensif
1. J'ai des difficultés respiratoires lorsque je marche rapidement sur terrain plat ou lorsque je marche sur terrain légèrement montant.
2. Je marche plus lentement que les personnes de mon âge sur terrain plat parce que j'ai des difficultés respiratoires ou je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle lorsque je marche à mon propre rythme sur terrain plat.
3. Je m'arrête pour reprendre mon souffle après avoir marché 100 mètres environ ou après quelques minutes sur terrain plat.
4. J'ai trop de difficultés respiratoires pour quitter mon domicile ou je m'essouffle lorsque je m'habille ou me déshabille.

Réponse



Code patient

Suivi à 3 mois

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Tolérance à l'effort : Test de marche

Ce test doit impérativement être réalisé dans les mêmes conditions d'oxygénothérapie qu'à J0.

Test de marche de 6 min réalisé le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Distance totale parcourue mètres

Oxygène (0 : Non, 1 : Oui) Si oui : L/min

Fréquence cardiaque Début /min

Fin /min

Maximum /min

SpO₂ Début %

Fin %

Minimum %

Échelle de Borg (Si le patient a choisi une valeur comprise entre celles proposées, arrondir à la valeur supérieure)

	Pré-	Post-
Dyspnée		
Fatigue MI		

Nombre d'arrêt(s) pendant l'épreuve

Cause de l'arrêt (1 : Dyspnée, 2 : Fatigue des membres inférieurs)

Reprend la même page que pour la visite de sélection



Code patient

Suivi à 3 mois

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Imagerie (cohorte valves uniquement)

Emplacement pour rappeler si le patient appartient à la cohorte valves ou non

➤ Radio du thorax

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Résultat (1 : Normal, 2 : Anormal)

Si anormal : Expliquez _____



Code patient

Suivi à 3 mois

Initiales Patient (*3 lettres nom, 2 lettres prénom*)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

- Index de BODE à intégrer sur la nouvelle version du logiciel
- Thérapeutiques identiques à la page J0
- Qualité de vie identique à la page J0



Code patient

Suivi à 6 mois




Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

VISITE DE SUIVI À 6 MOIS



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ **Date de la visite**

Date de la visite

(JJ/MM/AAAA)

- Examen clinique et MMRC copiés de visite M3
- Spirométrie copiée de visite J0
- Capacité de diffusion et pléthysmographie identique à visite J0



Code patient

Suivi à 6 mois

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Tolérance à l'effort : Test de marche (Obligatoire)

Ce test doit impérativement être réalisé dans les mêmes conditions d'oxygénothérapie qu'à J0.

Test de marche de 6 min réalisé le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Distance totale parcourue mètres

Oxygène (0 : Non, 1 : Oui) **Si oui :** L/min

Fréquence cardiaque Début /min

Fin /min

Maximum /min

SpO₂ Début %

Fin %

Minimum %

Échelle de Borg (Si le patient a choisi une valeur comprise entre celles proposées, arrondir à la valeur supérieure)

	Pré-	Post-
Dyspnée		
Fatigue MI		

Nombre d'arrêt(s) pendant l'épreuve

Cause de l'arrêt (1 : Dyspnée, 2 : Fatigue des membres inférieurs)

Reprend la même page que pour la visite de sélection



Code patient

Suivi à 6 mois

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Imagerie

➤ Radio du thorax

Réalisée le jour de la visite ? (0 : Non, 1 : Oui)

Si non : Date (JJ/MM/AAAA)

Résultat (1 : Normal, 2 : Anormal)

Si anormal : Expliquez _____

- Index de BODE à intégrer sur la nouvelle version du logiciel
- Thérapeutiques identiques à la page J0
- Qualité de vie identique à la page J0



Code patient

Suivi à 12 mois




Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

VISITE DE SUIVI À 12 MOIS



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ **Date de la visite**

Date de la visite

(JJ/MM/AAAA)

- Examen clinique et MMRC copiés de visite M3
- Spirométrie copiée de visite J0
- Capacité de diffusion et pléthysmographie identique à visite J0
- Test de marche copié de visite M6
- Cyclo-ergométrie identique à visite de sélection
- Imagerie identique à visite M6
- Index de BODE à intégrer sur la nouvelle version du logiciel
- Thérapeutiques identiques à la page J0
- Qualité de vie identique à la page J0

	Code patient	_ _ _ _ _ _ _ _	Suivi à 18 mois
	Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)	_ _ _ _ _ _ _ _	

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

VISITE DE SUIVI À 18 MOIS




Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ **Date de la visite**

Date de la visite |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

- Examen clinique et MMRC copiés de visite M3
- Spirométrie copiée de visite J0
- Capacité de diffusion et pléthysmographie identique à visite J0
- Test de marche copié de visite M6
- Imagerie identique à visite M6
- Index de BODE à intégrer sur la nouvelle version du logiciel
- Thérapeutiques identiques à la page J0
- Qualité de vie identique à la page J0




	Code patient	_ _ _ _ _ _ _	Suivi à 24 mois
	Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)	_ _ _ _ _ _ _	

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

VISITE DE SUIVI À 24 MOIS



Pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

➤ **Date de la visite**

Date de la visite |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

- Examen clinique et MMRC copiés de visite M3
- Spirométrie copiée de visite J0
- Capacité de diffusion et pléthysmographie identique à visite J0
- Test de marche copié de visite M6
- Cyclo-ergométrie identique à visite de sélection
- Imagerie identique à visite M6
- Index de BODE à intégrer sur la nouvelle version du logiciel
- Thérapeutiques identiques à la page J0
- Qualité de vie identique à la page J0




	Code patient	_ _ _ _ _ _ _	Sortie d'étude
	Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Étude TEEP (Traitement Endoscopique de l'Emphysème Pulmonaire)

SORTIE D'ÉTUDE



Si nécessaire, pensez à vous munir, dans le menu « *Documentation* » du coin inférieur gauche de la page d'accueil, (  ), des questionnaires QWB, St Georges et SOBQ.

Date de la visite |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Date de visite à J0 + 24 mois Valeur calculée

Motif de sortie d'étude |_|

(1 : Volonté du patient, 2 : Patient perdu de vue, 3 : Décès du patient, 4 : Fin de la période de suivi (24 mois), 5 : Fin de l'étude)

Emplacement pour afficher « veuillez si possible compléter le test de marche et les questionnaires de qualité de vie et dyspnée » si Motif = 1

➤ Test de marche identique à visite M3



Code patient

|_|_|_|_|_|_|_|

Sortie d'étude

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Veillez imprimer les questionnaires QWB, St Georges et SOBQ à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Après remplissage par le patient, ces questionnaires doivent être faxés à Morgane DHEILLY au 03 20 44 56 11, **accompagnés de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

Questionnaires de qualité de vie et de dyspnée

➤ Questionnaire QWB (Quality of Well Being)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

➤ Questionnaire St Georges

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

➤ Questionnaire MMRC (Modified Medical Research Council)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)

Veillez lire les descriptions suivantes au patient et cochez la réponse qui correspond le mieux à ses difficultés respiratoires. Ne cochez qu'une seule réponse.

0. Aucune difficulté respiratoire sauf en cas d'effort physique intensif.
1. J'ai des difficultés respiratoires lorsque je marche rapidement sur terrain plat ou lorsque je marche sur terrain légèrement montant.
2. Je marche plus lentement que les personnes de mon âge sur terrain plat parce que j'ai des difficultés respiratoires ou je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle lorsque je marche à mon propre rythme sur terrain plat.
3. Je m'arrête pour reprendre mon souffle après avoir marché 100 mètres environ ou après quelques minutes sur terrain plat.
4. J'ai trop de difficultés respiratoires pour quitter mon domicile ou je m'essouffle lorsque je m'habille ou me déshabille.

Réponse

|_|

➤ Questionnaire sur l'essoufflement (SOBQ)

Complété le jour de la visite (0 : Non, 1 : Oui) ?

|_|

Si non : Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(JJ/MM/AAAA)



Code patient

|_|_|_|_|_|

2^e pose de valves

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

2^e POSE DE VALVES

➤ Raison |_|

(1 : lobe incomplètement occlus lors de la première séance, 2 : Remplacement d'une valve expectorée, 3 : Traitement controlatéral – envisageable uniquement si la visite de suivi à 6 mois a été réalisée, et un suivi à 6 mois doit être organisé après ce traitement)

➤ Traitement

Date de l'endoscopie |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Anesthésie |_| (1 : générale, 2 : locale)

Lobe effectivement traité par valves |_|
(1 : Lobe supérieur du poumon gauche, 2 : Lobe inférieur du poumon gauche, 3 : Lobe supérieur du poumon droit, 4 : Lobe inférieur du poumon droit)

Le lobe a-t-il été totalement exclu (0 : Non, 1 : Oui) ? |_|

Nombre de valves utilisées |_| valves

Problème technique per-opératoire |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Complication per-opératoire |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Complication post-opératoire |_| (0 : Non, 1 : Oui)

Si un problème technique ou une complication est constaté, veuillez compléter le formulaire correspondant (formulaire d'événement indésirable ou notification d'événement indésirable grave).

Les deux pages suivantes vous permettront de renseigner les bronches segmentaires et les bronches proximales appareillées.



Code patient

Sortie d'étude

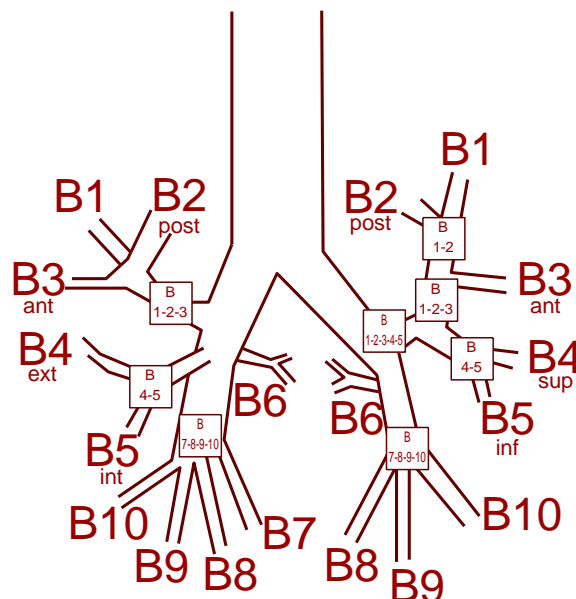
Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

Emplacement pour rappeler quel lobe est traité

Bronches segmentaires appariées :

B1 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B2 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B3 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B4 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B5 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B6 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B7 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B8 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B9 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
B10 (0 : Non, 1 : Oui)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Taille de la Valve (4 : 4, 5 : 5,5)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>





Code patient

□□□□□□

Evénements Indésirables

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

□□□□□□

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

	Description de l'événement	Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Sévérité ^a	Relation causale aux valves (ou à la procédure de pose de valves) ^b	Evolution ^c	Mesures prises ^d	Grave ^e
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

a : Sévérité – 1 : légère, 2 : modérée, 3 : sévère

b : Relation causale – 1 : définitivement sans relation, 2 : probablement pas, 3 : possible, 4 : probablement, 5 : relation

c : Evolution – 1 : guérison sans séquelles, 2 : en cours, 3 : séquelles, 4 : décès, 5 : inconnue

d : Mesures prises – 1 : aucune, 2 : médicales, 3 : chirurgicales, 4 : retrait des valves, 5 : autres

e : Grave – 1 : Oui (remplir un formulaire d'EIG), 2 : Non

Les formulaires d'événements indésirables graves sont disponibles dans le menu documentation de la page d'accueil.



Code patient

|_|_|_|_|

Sortie d'étude

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

	Description de l'événement	Date de début	Date de fin	Sévérité ^a	Relation causale aux valves (ou à la procédure de pose de valves) ^b	Evolution ^c	Mesures prises ^d	Grave ^e
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

a : Sévérité 1 : légère, 2 : modérée, 3 : sévère

b : Relation causale – 1 : définitivement sans relation, 2 : probablement pas, 3 : possible, 4 : probablement, 5 : relation

c : Evolution – 1 : guérison sans séquelles, 2 : en cours, 3 : séquelles, 4 : décès, 5 : inconnue

d : Mesures prises – 1 : aucune, 2 : médicales, 3 : chirurgicales, 4 : retrait des valves, 5 : autres

e : Grave – 1 : Oui (remplir un formulaire d'EIG), 2 : Non



Code patient

|_|_|_|_|

Sortie d'étude

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

|_|_|_|_|

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

	Description de l'événement	Date de début	Date de fin	Sévérité ^a	Relation causale aux valves (ou à la procédure de pose de valves) ^b	Evolution ^c	Mesures prises ^d	Grave ^e
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

a : Sévérité 1 : légère, 2 : modérée, 3 : sévère

b : Relation causale – 1 : définitivement sans relation, 2 : probablement pas, 3 : possible, 4 : probablement, 5 : relation

c : Evolution – 1 : guérison sans séquelles, 2 : en cours, 3 : séquelles, 4 : décès, 5 : inconnue

d : Mesures prises – 1 : aucune, 2 : médicales, 3 : chirurgicales, 4 : retrait des valves, 5 : autres

e : Grave – 1 : Oui (remplir un formulaire d'EIG), 2 : Non

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE DE SÉLECTION ET LA VISITE D'ÉVALUATION INITIALE.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au
docteur **NOM DU DOCTEUR**.

Veillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE D'ÉVALUATION INITIALE ET LA VISITE DE SUIVI A 3 MOIS.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au
docteur **NOM DU DOCTEUR**.

Veillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE DE SUIVI A 3 MOIS ET LA VISITE DE SUIVI A 6 MOIS.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au
docteur **NOM DU DOCTEUR**.

Veillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique
« Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui
contient les identifiants du patient et de la visite.

La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE DE SUIVI A 6 MOIS ET LA VISITE DE SUIVI A 12 MOIS.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au
docteur **NOM DU DOCTEUR**.

• Veuillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

• La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



Re-numériser à partir d'ici

CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE DE SUIVI A 12 MOIS ET LA VISITE DE SUIVI A 18 MOIS.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au docteur **NOM DU DOCTEUR**.

Veillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (3 lettres nom, 2 lettres prénom)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.



CAHIER DE RECUEIL PAR LE PATIENT DES SOINS PRESCRITS EN MÉDECINE AMBULATOIRE

ENTRE LA VISITE DE SUIVI A 18 MOIS ET LA VISITE DE SUIVI A 24 MOIS.

Date de remise du cahier

(JJ/MM/AAAA)

Date du prochain rendez-vous
(à remplir par le médecin)

N'oubliez pas de rapporter ce cahier complété lors de votre prochaine visite au
docteur **NOM DU DOCTEUR**.

Veillez imprimer le questionnaire de recueil des consommations médicales à partir de la rubrique « Documentation » de votre page d'accueil.

Ce questionnaire est à remettre au patient, **accompagné de la version imprimée de cette page**, qui contient les identifiants du patient et de la visite.

La visite est maintenant terminée, pensez à communiquer à votre patient la date de la prochaine.

Code patient

Visite

Initiales Patient (*3 lettres nom, 2 lettres prénom*)

Pensez à valider vos réponses en tapant sur la touche « Entrée » de votre clavier.

www.utstat.utoronto.ca/reid/sta410/