

**Formulaire d'enregistrement**  
**Stent valvulaire dans la position pulmonaire dans le outflow tract du ventricule droit**

*Veillez envoyer ce formulaire dans le mois qui suit la procédure par mail ([RVklepstent@uzleuven.be](mailto:RVklepstent@uzleuven.be))  
à l' ABCPC et BWGACHD*

Etablissement de soins :

Nom & prénom du médecin :

INAMI- n° du médecin:

Mail du médecin:

Code d'identification du patient dans l'établissement de soins:

Ce numéro doit être demandé à l'ABCPC/BWGACHD (./.....). Chaque hôpital est responsable de l'élaboration d'un tableau de concordance "identité du patient – code d'identification".

Caractéristiques du patient:

Sexe :         M     F

Date de naissance : ..../..../.....

Localité :

Problème cardiaque de base :

Interventions précédentes et dates :

*date :*

*date :*

*date :*

*date :*

*date :*

Indication :

PS RVOTO

PI \* / 4

mixte

Sténose valve pulmonaire – Obstruction outflow ventricule droit

Insuffisance valve pulmonaire

PS

PI :

Données Echo Doppler avant la procédure

- TI mmHg
- TI \*/4
- PS mmHg Doppler
- PI \*/4

*Insuffisance de la valve tricuspide*  
*Insuffisance de la valve tricuspide*  
*Sténose de la valve pulmonaire*  
*Insuffisance de la valve pulmonaire*

Date de reevaluation:

Données pre cathé

- RA moyenne
- RV systolique
- RV diastolique
- AP systolique
- AP diastolique
- saturation veineuse mixte
- LVEDP
- Ao systolique
- Ao diastolique
- saturation aortique

*Oreillette droit*  
*Ventricule droit*

*Artère pulmonaire*

*Ventricule gauche pression télédiastolique*  
*Aorte*

Pretesting :

- oui
- non

Si oui: type de stent et grandeur ballon

Stent valvulaire:

- type
- ballon – taille

Données post stent valvulaire cathé

- RA moyenne
- RV systolique
- RV diastolique
- AP systolique
- AP diastolique
- saturation veineuse mixte
- LVEDP
- Ao systolique
- Ao diastolique
- saturation aortique

*Oreillette droit*  
*Ventricule droit*

*Artère pulmonaire*

*Ventricule gauche pression télédiastolique*  
*Aorte*

Complications pendant la procédure:

- durée de la procédure
- temps de la scopie

Résultats :

Evaluation au départ:

NYHA \*/4

*New York Heart Association*

Données Echo Doppler

TI mmHg

*Insuffisance de la valve tricuspide*

TI \*/4

*Insuffisance de la valve tricuspide*

PS mmHg Doppler

*Sténose de la valve pulmonaire*

PI \*/4

*Insuffisance de la valve pulmonaire*

Evaluation après 1 – 3 – 6 - 12 mois:

NYHA \*/4

*New York Heart Association*

Données Echo Doppler

TI mmHg

*Insuffisance de la valve tricuspide*

TI \*/4

*Insuffisance de la valve tricuspide*

PS mmHg Doppler

*Sténose de la valve pulmonaire*

PI \*/4

*Insuffisance de la valve pulmonaire*

Redilatation:

Date:

Indication redilatation:

*croissance du patient*

*compression du stent*

*autres*

Gradient pre-dilatation:

Gradient post-redilatation:

Commentaire:

Explantation:

Date:

Indication explantation:

Procédure menée:

Commentaire:

Décès  O  N

Si oui :

Date:

Cause :

Date :

Signature du médecin: