

N° REDCAP du patient : _____

Formulaire préopératoire

Âge _____ ans (mois si <1a) **Sexe** Masculin Féminin **Taille** _____ cm
Poids _____ kg **Classe Age Gestationne (si <1an)** _____ semaines
ASA I II III IV V

Statut de fumeur

Jamais fumé Fumeur actuel /ex-fumeur (< 6 semaines)
 Ex-fumeur (>6 semaines)

Score de fragilité clinique

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Co-morbidités (cochez tout ce qui s'applique)

Cardiopathie ischémique Insuffisance cardiaque congestive
 Maladie cérébrovasculaire Maladie rénale chronique
 DNID (diabète sucré) IDDM (diabète sucré insulino dépendant)

Le patient a-t-il passé un test de dépistage du SRAS-CoV-2 dans les 72 heures précédant l'opération ?

Oui – PCR Oui - Flux latéral Non

Le patient avait-il des symptômes liés à une hernie inguinale avant la chirurgie ?

Oui Non

Si oui, délai écoulé depuis les premiers symptômes (jusqu'à maintenant) _____ (mois)

Date du diagnostic _____ (jj/mm/ aa)

À la naissance (néonatale 28jr) Dans l'enfance (jusqu'à 1an)

Date de la décision pour la chirurgie _____ (jj/mm/ aa)

Date de l'opération _____ (jj/mm/ aa)

Le patient était-il capable de faire ses activités quotidiennes en attendant la chirurgie (travail, école ou tâches familiales) ?

Oui (complètement) Certains, mais pas tous Non, pas du tout

Site de la hernie Gauche Droite Bilatéral

Taille de la hernie inguinale (la plus grande si bilatérale)

Limité à la région inguinale Limité au scrotum

Étendre jusqu'à mi-cuisse Étendre jusqu'au genou ou au-delà

Formulaire peropératoire

Indication pour la chirurgie

Asymptomatique Symptomatique
 Incarcéré Obstruction Étranglé

Urgence de la chirurgie

Programmée En Urgence

S'il s'agit d'une urgence, le patient était-il déjà sur la liste d'attente pour la chirurgie ? Oui Non

Mode d'anesthésie

Locale Sédation (p. ex., midazolam)
 Général Inhalé TIVA
 Régional (bloc nerveux lié à la colonne vertébrale / régional)

En cas d'inhalation générale, quel a été l'agent utilisé ?

sévoflurane halothane
 desflurane N₂O isoflurane

L'anesthésie a-t-elle été administrée par le professionnel qui a réparé la hernie ?

Oui Non (anesthésiste / infirmier anesthésiste / technicien)

checklist de l'OMS ? Oui Non

Antibioprophylaxie? Oui Non

Opérateur principal

Chirurgien senior (Cons. ou Titulaire)
 Chirurgien en formation Non-chirurgien

S'il s'agissait d'un chirurgien senior, quelle était la spécialité ?

Chirurgien général Urologie
 Chirurgien pédiatre Autre

Si non chirurgien :

Médecins praticiens
 Praticiens non médicaux

Combien de hernies inguinales l'opérateur principal a-t-il déjà réparé avant le geste actuel ?

0-50 51-100 101-200 ≥ 201

Voie d'abord chirurgicale

Ouverte Laparoscopique
 Laparoscopique converti en ouvert
 Robotique Robotique convertie en ouverte

Taille de la hernie inguinale*

≤ 1,5 cm ≤ 3 cm > 3 cm
 Inconnu

Résection intestinale Oui Non

Prothèse utilisée ?

Oui Non

Type de cure herniaire

Si prothèse utilisée

Lichenstein PHS
 TIPP TREPP Plug et patch
 MIS : TAPP TEP

Autre _____

Si pas de prothèse utilisée

Herniotomie primaire
 Desarda Bassini Shouldice
 Autre _____

Si Prothèse utilisée :

Pays de fabrication: _____

inconnu

Type:

Synthétique non résorbable Composite
 Synthétique résorbable Biologique

Si Prothèse utilisée, était-elle:

Neuve Restérilisée (à partir des restes d'une prothèse utilisée antérieurement)

Suture utilisée pour fixer la Prothèse au ligament inguinal :

Résorbable _ Non résorbable
 Non fixée Colle _ _ Agrafeuses _

Degré de Contamination opératoire

Propre Propre-Contaminé
 Contaminé Sale

Des blouses réutilisables ont-elles été utilisées dans cette procédure ?

Oui – Toute l'équipe opératoire
 Oui-certains membres de l'équipe
 Non

Des champs réutilisables ont-ils été utilisés dans cette procédure ? Oui Non

Le recyclage des déchets a-t-il été effectué ? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte)

Oui (papier) Oui (plastique)
 Oui (verre) Non

N° REDCAP du patient **Formulaire postopératoire****Suivi de 30 jours** Oui - Téléphone Oui - En personne Non**Infection du site opératoire dans les 30 jours** Oui, sans réadmission dans les 30 jours
 Oui, avec réadmission dans les 30 jours
 Non**Réopération dans les 30 jours** Oui
 Non**Si réopéré, quelle était la raison de la réopération ?** récurrence précoce
 saignement
 lésion du canal déférent
 autre _____**Durée du séjour post-opératoire** Sortie le jour même
 hospitalisé**En cas d'hospitalisation, quel a été le nombre de jours d'hospitalisation ?***(en considérant le jour après la chirurgie comme le jour 1, si le patient n'est pas sorti avant la fin du suivi de 30 jours, entrez '31')*

_____jours

Complication globale selon Clavien-Dindo Aucun Degré I
 Degré II Degré IIIa
 Degré IIIb Degré IVa
 Degré IVb Degré V

Veillez consulter le dictionnaire de données en annexe pour les définitions détaillées.

Télécharger sur : <https://bit.ly/3WdJLQg>

Veillez trouver ci-dessous quelques définitions utiles :*Taille de la hernie inguinale** : fait référence à la taille du défaut pariétal, 1 doigt équivaut à 1,5 cm de défaut pariétal**TIPP** : technique préperitonéale transinguinale**TREPP** : technique préperitonéale transrectale (à travers la gaine du muscle droit)**MIS** : Chirurgie mini-invasive**TAPP** : technique transabdominale préperitonéale**TEP** : technique totalement extraperitonéale**Sutures résorbables** : vicryl, polysorb, dexion, monocryl, biosyn, caprosyn, PDS, Maxon**Fils non résorbables** : prolène, nylon