

Chirurgien :			
Adresse mail :			
Chef de service :			
Hôpital :			
Pays			
Adhésion aux sociétés savantes :	☐ SCV	☐ ESVS	☐ Vascursiq

Type d'explant :		Histoire clinique
o Endoprothèse	Marque :	Contact pour plus d'information : (interne, IBODE, ARC, etc...)
o Stent		
o Prothèse en PET	Modèle :	
o Prothèse en PTFE		
o Patch PET	N° de référence :	
o Patch PTFE		
o Bioprohèse	N° de lot :	

Date d'implantation :
Centre hospitalier d'implantation:

o Anévrisme. Taille (mm) : ☐ Rompu ☐ Inflammatoire ☐ Asymptomatique ☐ Douloureux	o AOMI ☐ Claudication ☐ Ischémie critique : o Douleur de décubitus o Troubles trophiques
o Création d'un abord vasculaire pour hémodialyse ☐ Ligne ☐ Boucle	o Ischémie aiguë - Grade Rutherford : o Remplacement de matériel prothétique
o Dissection Aortique ☐ Type A ☐ Type B aiguë ☐ Type B chronique	o Autre (merci de préciser)

Site d'implantation :
Côté de l'implantation :
Acte chirurgical réalisé :
Précisions (si besoin, merci de réaliser un schéma au dos de la feuille) :

Date d'explantation :	
L'explantation est-elle liée au dispositif ?	☐ OUI ☐ NON

o Altération du matériel :	o Extension maladie anévrysmale
☐ Dilatation ☐ Fracture de stent	o Endotension
☐ Rupture anastomotique ☐ Rupture non anastomotique	o Infection :
o Autopsie	Germe(s): Durée :
o Amputation	o Migration prothétique
o Défaillance pendant l'implantation	o Sérôme
o Endofuite	o Sténose
☐ IA ☐ IB ☐ II ☐ III ☐ IV	☐ Non anastomotique
o Nouvelle procédure chirurgicale	☐ Anastomotique
Le dispositif était-il perméable au moment de l'explantation ? ☐ Oui ☐ Non	