

COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur

Définitions

Fracture de la hanche fracture de l'extrémité supérieure du fémur

Critères diagnostiques

Les patients à inclure dans l'étude sont âgés d'au moins 65 ans et remplissent au moins l'un des trois critères diagnostiques primaires suivants :

- fracture du col du fémur (CIM-10 S72.0 ou CIM-9 8200-1)
- fracture du trochanter (CIM-10 S72.1 ou CIM-9 8202-3)

Identification de dossiers médicaux de patients pour inclusion dans l'étude DUQuE

Condition préalable

Identifiez tous les patients âgés de 65 ans ou plus qui sont sortis de l'établissement de santé avec un diagnostic principal de fracture du col du fémur (CIM-10 S72.0 ou CIM-9 8200-1) OU de fracture du trochanter (CIM-10 S72.1 ou CIM-9 8202-3) OU de fracture sous-trochantérienne (CIM-10 S72.2 ou CIM-9 8208-9)

Passez d'abord en revue les admissions les plus récentes et procédez par ordre chronologique inverse

Trouvez les dossiers médicaux des patients, parcourez chaque dossier médical et répondez aux questions. Continuez jusqu'à ce que vous ayez inclus 30 patients en tout. Reportez vous au guide de remplissage pour plus d'information sur l'échantillonnage patient

Le patient a un diagnostic principal de fracture du col du fémur (CIM-10 S72.0 ou CIM-9 8200-1) OU fracture du trochanter (CIM-10 S72.1 ou CIM-9 8202-3) OU fracture sous-trochantérienne (CIM-10 S72.2 ou CIM-9 8208-9)

Non →

Le patient est exclu

↓
oui

Le patient a 65 ans ou plus

Non →

Le patient est exclu

↓
oui

Le patient a été transféré d'un autre établissement de santé pour traitement suite au diagnostic initial

Oui →

Le patient est exclu

↓
non

Le patient a eu une intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur (hanche)

Non →

Le patient est exclu

↓
oui

Le patient est inclus pour l'examen du dossier médical

Passez en revue la prise en charge médicale du patient et répondez à toutes les questions suivantes

Répétez cette procédure jusqu'à ce que vous ayez inclus 30 patients en tout.

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur					
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 14 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé
K01 INFORMATION SUR LE PAYS ET L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ					Établissement de santé
K0101	Pays	Pays : veuillez indiquer le pays ci-dessous		entrez un chiffre de 0 à 7	3
		1 République tchèque			
		2 Angleterre			
		3 France			
		4 Allemagne			
		5 Pologne			
		6 Portugal			
		7 Espagne			
		8 Turquie			
K0102	Nom de l'établissement de santé	Veuillez indiquer le nom de l'établissement de santé			
		Texte Veuillez saisir le nom de l'établissement de santé			2
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	ID patient
K02 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT					1
K0201	Date de naissance du patient	Veuillez indiquer la date de naissance du patient		Indiquez la date exacte ou entrez « 9 »	04/03/1929
		JJ:MM:AA Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
		9 Non précisé			
K0202	Sexe du patient	Veuillez indiquer le sexe du patient		Entrez 0, 1 ou 9	0
		0 Masculin			
		1 Féminin			
		9 Non précisé			
K03 ADMISSION					1
K0301	Date et heure de survenue de la fracture	La date et l'heure de survenue de la fracture		Indiquez la date exacte OU « 9 »	05/02/2011
		JJ-MM-AAAA Date (JJ:MM:AAAA)			
		9 Date non précisée			
		HH:MM Heure (HH:MM)		Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	18:20
		99 Heure non précisée			
K0302	Date et heure de l'admission dans l'établissement de santé	Ce champ DOIT être renseigné - tous les patients doivent avoir une date et heure d'admission. Ceci se réfère au moment où le patient a été admis dans votre établissement de santé pour la première fois. Même si l'heure précise est inconnue, vous DEVEZ entrer la date d'admission dans l'établissement de santé.			
		JJ:MM:AA Date (JJ:MM:AAAA)		Indiquez la date exacte OU « 9 »	05/02/2011
		9 Date non précisée			
		HH:MM Heure (HH:MM)		Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	19:44
		99 Heure non précisée			

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur					
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 14 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé
K0303	admission		Cette question a pour but de déterminer le type de service où ont été réalisés les premiers soins. Se réfère à l'unité où le patient est admis et où le patient passe la plus grande partie des premières 24 heures dans l'établissement de santé.		
		0	Unité des admissions en soins aigus		3
		1	Unité de chirurgie orthopédique		
		2	Unité (ou lit) de réadaptation ou gériatrique ; une infrastructure normalement utilisée après les premiers soins administrés à un patient qui s'est fracturé la hanche ; ce n'est pas le lieu où l'on soigne habituellement les patients ayant une fracture aiguë de la hanche OU c'est une unité (un lit) gériatrique		
		3	Autre service ; enregistrer les patients admis dans un autre service (par exemple, unité de soins intensifs, de soins coronariens ou de soins pour malades totalement dépendants) OU dont la fracture de hanche s'est produite lors de leur séjour dans l'établissement de santé.		
		4	le patient a passé tout ou presque des 24 premières heures dans un service d'urgence ou dans un service accueil" lits porte"	Entrez un chiffre de 0 à 4 ou 9	
		9	Non précisé ou bien le patient est mort aux urgences		
K0304	Escarre à l'admission		Le patient a-t-il un diagnostic d'escarre établi ? (CIM-9 820 ou CIM-10 S72.0, S72.1 ou S72.2)		
		0	Non		0
		1	Oui	Entrez 0, 1 ou 9	
		9	Non précisé		
K04	HISTORIQUE DU PATIENT				1
K0401	IDM antérieur		Existence d'un épisode antérieur établi d'infarctus aigu du myocarde ?		
		0	Non		1
		1	Oui	Entrez 0, 1 ou 9	
		9	Non précisé		
K0402	Angor antérieur		Symptôme dû à une ischémie cardiaque en cours de développement ou existant déjà deux semaines au moins avant l'admission et encore présent lors de l'admission ?		
		0	Non		9
		1	Oui	Entrez 0, 1 ou 9	
		9	Non précisé		
K0403	Insuffisance cardiaque antérieure		Existence d'un diagnostic antérieur validé d'insuffisance cardiaque, quel que soit le traitement en cours indépendamment du régime thérapeutique ?		
		0	Non		9
		1	Oui	Entrez 0, 1 ou 9	
		9	Non précisé		
K0404	Hypertension		Le patient a-t-il déjà un traitement (médicamenteux, diététique ou d'hygiène de vie) de l'hypertension ou une pression artérielle > 140/80 mesurée à au moins deux reprises avant l'admission ?		
		0	Non		9
		1	Oui	Entrez 0, 1 ou 9	
		9	Non précisé		

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur					
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 14 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé
K0405	Hypercholestérolémie		Le patient a-t-il une élévation du cholestérol sérique qui nécessite un régime ou un traitement médicamenteux ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0406	Maladie vasculaire périphérique		Le patient semble-t-il avoir une maladie vasculaire périphérique, par les symptômes actuels ou symptômes précédemment traités par une intervention non chirurgicale ou chirurgicale ? Inclut maladie réno-vasculaire et anévrisme de l'aorte diagnostiqués.		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0407	Maladie cérébrovasculaire		Le patient a-t-il des antécédents d'ischémie cérébrovasculaire ? Inclure les épisodes transitoires d'ischémie cérébrale ainsi que les événements causant un déficit > 24 heures.		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0408	Asthme ou BPCO		Existence d'une forme de maladie pulmonaire chronique obstructive ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0409	Insuffisance rénale chronique		Le taux de créatinine sérique est-il chroniquement > 200 micromol/l ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0410	Maladie hépatique		Existence d'un diagnostic établi de maladie hépatique ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0411	Cancer		Existence d'un diagnostic établi de cancer ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	9
K0412	Démence		Existence d'un diagnostic établi de démence ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	1
K0413	Diabète		Merci de préciser si le patient présentait un diabète au moment de l'admission et quel était son traitement.		
		0 Patient qui n'est pas considéré diabétique au moment de l'admission. 1 Diabétique sans insulinothérapie ni médication orale. 2 Diabétique ayant une médication orale avant l'admission. 3 Diabétique ayant une insulinothérapie sans médication orale additionnelle. 5 Diabétique ayant une insulinothérapie et une médication orale avant l'admission. 9 Non précisé		Entrez un chiffre de 0 à 5 ou 9	1

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur					
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 14 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé
K05 CHIRURGIE, MOBILISATION ET MÉDICATION					1
K0501	Date et heure de l'intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur - Incision	Heure de l'incision effectuée lors de l'intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur de hanche ; elle DOIT être enregistrée			
		JJ-MM-AAAA 9	Date (JJ:MM:AAAA) Date non précisée	Indiquez la date exacte OU « 9 »	06/02/2011
		HH:MM 99	Heure (HH:MM) Heure non précisée	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	13:09
K0502	Date et heure de l'intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur - Fin	Heure de fin de l'intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur (hanche) ; elle DOIT être enregistrée			
		JJ-MM-AAAA 9	Date (JJ:MM:AAAA) Date non précisée	Indiquez la date exacte OU « 9 »	06/02/2011
		HH:MM 99	Heure (HH:MM) Heure non précisée	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	13:38
K0503	Date et heure de la mobilisation après la chirurgie	Heure de début de la mobilisation postopératoire ; elle DOIT être enregistrée			
		JJ-MM-AAAA HH:MM	Date (JJ:MM:AAAA) Heure (HH:MM)	Indiquez la date et l'heure exactes	08/02/2011
		0	Heure exacte non précisée, mais dans les 24 heures suivant l'opération	OU si cela n'est pas entrez « 0 » ou « 9 »	9
		9	Date ET / OU heure non précisées		
K0504	Mobilisation postopératoire - Le patient sort du lit	Ceci se réfère à la mobilisation effectuée dans votre établissement de santé suite à l'intervention chirurgicale pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Le patient doit sortir du lit avec ou sans assistance, pour s'asseoir, être debout ou marcher.			
		0 Le patient n'a pas été mobilisé ou n'a pas souhaité être mobilisé		Entrez un chiffre 0 à 3 ou 9	3
		1 Le patient n'était pas assisté lors de la mobilisation			
		2 Le patient était assisté lors de la mobilisation			
		3 Le patient a refusé la mobilisation			
9 Non précisé					
K0505	Antibioprophylaxie	Antibioprophylaxie			
		0 Oui, une prévention par antibiotiques a été mise en place		Entrez un chiffre de 0 à 2 ou 9	1
		1 Pas de prévention par antibiotiques			
		2 Pour les patients mourants ou transférés vers un autre établissement de santé.			
9 Non précisé					
K0506	Date et heure du traitement antibiotique	Heure de début du traitement antibiotique			
			Date (JJ:MM:AAAA) Heure (HH:MM)	Indiquez la date et l'heure exactes	
		0	Heure exacte non précisée mais avant l'intervention chirurgicale pour fracture de hanche	OU si cela n'est pas entrez « 0 » ou « 9 »	9
		9	Date ET / OU heure non précisées		

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT LA FRACTURE de l'extrémité supérieure du fémur						
Numéro de champ	type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 14 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé	
K0507	traitement préventif de la maladie thromboembolique	Ceci se réfère à un traitement préventif de la maladie thromboembolique administré dans votre établissement de santé.				
		0	un traitement préventif de la maladie thromboembolique a été administré	Entrez 0, 1 ou 9	0	
1	Un traitement préventif de la maladie thromboembolique n'a PAS été administré					
		9 Non précisé				
		Veuillez spécifier le type de traitement préventif de la maladie thromboembolique				
		0	Héparine non fractionnée (HNF)	Entrez un chiffre 0 à 3 ou 9	1	
		1	Héparine de bas poids moléculaire (HBPM)			
		2	Fondaparinux (anticoagulant, pentasaccharide de synthèse)			
		3	Prophylaxie mécanique, p. ex. pompes à pied avec compression séquentielle cyclique et systèmes favorisant la circulation artérielle et veineuse par l'impulsion des pieds			
		9	Non précisé			
K0508	Date et heure du traitement préventif de la maladie thromboembolique	Heure de début du traitement traitement préventif de la maladie thromboembolique				
		JJ-MM-AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date exacte OU « 9 »	06/02/2011	
		9	Date non précisée			
		HH:MM	Heure (HH:MM)	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	20:00	
99	Heure non précisée					
K06 SORTIE - DÉCÈS					1	
K0601	Date de sortie de l'établissement de santé OU du décès	La date de sortie doit être mentionnée pour tous les patients. La date de sortie peut être celle du transfert du patient vers une autre structure. Néanmoins, si le patient est transféré pour une journée le temps de recevoir un traitement il ne doit pas être considéré comme sortant. La date de décès ne doit être renseignée que si le patient est mort à l'hôpital.				
		JJ-MM-AAAA	Date de sortie (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date exacte OU « 9 »	14/02/2011	
		9	Date de sortie non précisée			
		JJ-MM-AAAA	Date du décès (JJ:MM:AAAA)	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »	99	
		99	Absence de décès OU date du décès non précisée			