

Étude africaine sur les résultats chirurgicaux en pédiatrie (ASOS-Paeds)

Formulaire de dossier de cas peropératoire

Information sur le patient : **ID patient unique ASOS-Paeds :** _____ - _____

Age : ____ (jours) ____ (mois) ____ (ans) Sexe: Masculin Féminin Poids: _____ kg

Date de 1^e présentation : ____/____/____ (JJ/MM/AAAA) Lieu de résidence _____

Nom de l'établissement de santé de 1^e présentation : _____

Date de l'admission: ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

Date de l'intervention chirurgicale: ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

ASA I II III IV V Taux d'hémoglobine : _____ g/L (pas plus de 28 jours avant l'opération)

COVID-19 Diagnostic confirmé Précédent(>7 semaines pré-op) Récent (1-7 sem pré-op)

Périopératoire (<1sem pré-op à 30 jours post-op) Aucun Non-testé

Symptômes COVID-19 Oui Non **Vaccination COVID-19** Oui Non

Maladies comorbides : (cochez toutes les réponses):

Maladie cardiaque Maladie respiratoire chronique Troubles neurologiques VIH/SIDA

Cancer Infection des voies respiratoires actuelle

Urgence de l'intervention : Non-urgente Accélérée Urgente Immédiate

Sévérité de l'intervention : Mineure Intermédiaire Majeure

Indication principale pour l'intervention chirurgicale :

Maladie non transmissible Blessure traumatique Infectieux Congénital

Type de chirurgie : Neurochirurgie Gynécologique Cardiaque Gastrointestinal

Hépatobiliaire Orthopédique Maxillo-faciale/dentaire ORL Thoracique

Rénale/urologie Ophtalmologie Plastique/cutanée Brûlures Autres

Induction anesthésique: Heure: ____:____ (hh:mm; 24h)

En dehors des heures de bureau? Oui Non

Liste de contrôle chirurgicale utilisée (p.ex. liste de contrôle OMS) ? Oui Non

Durée de l'intervention : _____ min

Personnel : La personne la plus qualifiée dans la salle d'opération

Anesthésiste : Spécialiste Médecin généraliste Infirmier Non-médecin

Chirurgien : Spécialiste Médecin généraliste Infirmier Non-médecin

Incidents critiques graves peropératoires :

Laryngospasme Aspiration. Bronchospasme Hypoxie sévère

Ventilation au ballon et au masque difficile Intubation difficile Echec de l'intubation

Anaphylaxie Arrêt cardiaque Bradycardie Instabilité Cardiovasculaire Temp < 36°

Faible taux de glycémie Erreur médicamenteuse Mort (sur la table d'opération)

Nom du patient : _____

DDN

j	j	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Numéro d'hospitalisation du patient : _____ **ID patient unique ASOS-Paeds :** _____ - _____

Étude africaine sur les résultats chirurgicaux en pédiatrie (ASOS-Paeds)

Formulaire de dossier de cas postopératoire

ID unique patient ASOS-Paeds : _____ - _____

Suivi Postopératoire :

Niveau de soins postopératoire immédiats :

Salle Soins intensifs Soins critiques

Complications postopératoires:

Infection

Infection superficielle du site opératoire.	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Infection profonde du site opératoire	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Infection de la cavité corporelle	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Infection du sang	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Pneumonie	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Autre infection	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>

Cardiovasculaire

Arrêt cardiaque

Arythmie Bénigne Modéré Sévère Aucun

Autre

Saignement	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Lésion rénale aiguë	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
Autres complications	Bénigne <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>

Nouvelle opération

Nombre de jours à l'hôpital après l'intervention

Date de sortie : ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

Statut à la sortie de l'hôpital ou au 30^e jour d'hospitalisation postopératoire: Vivant Mort

Nom du patient : _____

DDN

Numéro d'hospitalisation du patient : _____ ID patient unique ASOS-Paeds : _____ - _____