

L'acide tranexamique comme traitement médical des hématomes sous-duraux chroniques

Questionnaire initial

Identification

No sujet	_____	No dossier	_____
Nom	_____	Prénom	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance	_____
Centre recruteur	_____	Date du recrutement	_____

Caractéristiques de base

Dominance	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Ambidextre
Consommation d'alcool (nombre par semaine)	_____
Tabagisme actif	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Tabagisme cumulatif (nombre de paquets-années)	_____
Antécédent d'hématome sous-dural	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, non-drainé <input type="checkbox"/> Oui, drainé

Prise récente (moins de 1 mois) d'un médicament
antiplaquettaire Non
 Oui : _____

Prise récente (moins de 1 mois) d'un médicament
anticoagulant Non
 Oui : _____

Prise récente (moins de 1 mois) d'IECA ou D'ARA Non
 Oui : _____

Prise récente (moins de 1 mois) de corticostéroïde Non
 Oui

Convulsion dans la dernière année (nombre) _____

Dérivation de LCR dans la dernière année Non
 Oui, ponction lombaire
 Oui, dérivation ventriculo-péritonéale
 Oui, autre : _____

Antécédent de procédure neurochirurgicale récente
(moins de 1 mois avant le début des symptômes) Non
 Oui, procédure extra-crânienne
 Oui, procédure intra-crânienne

Histoire de traumatisme récent
(moins de 1 mois avant le début des symptômes) Non
 Oui, mineur (pas de diagnostic)
 Oui, majeur (TCC léger ou pire diagnostiqué par un MD)

Tout autre facteur de risque d'hématome sous-dural
chronique jugé pertinent _____

Présentation clinique

Contexte de la consultation	<input type="checkbox"/> Consultation électorique en clinique externe <input type="checkbox"/> Consultation non-urgente à l'urgence ou sur un étage <input type="checkbox"/> Consultation urgente
Symptôme principal à la présentation (ne cocher qu'un seul symptôme)	<input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Chute ou trouble d'équilibre <input type="checkbox"/> Faiblesse d'un membre <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire <input type="checkbox"/> Nausées/Vomissements <input type="checkbox"/> Trouble visuel <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Autre
Date du début approximatif des symptômes	_____
Score MMSE au recrutement	_____
Score mBI au recrutement	_____
Score EQ-5D détaillé (XXXXX) au recrutement	_____
Score EQ-5D VAS au recrutement	_____
Plan initial de traitement	<input type="checkbox"/> Conservateur <input type="checkbox"/> Drainage électif <input type="checkbox"/> Drainage urgent (ne pouvant pas attendre au lendemain)



DT9088

Nom de l'établissement _____

A) Orientation	COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET																				
Demander au sujet :																						
1- Quel est { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="padding: 0 5px;">D</td> <td style="padding: 0 5px;">L</td> <td style="padding: 0 5px;">M</td> <td style="padding: 0 5px;">Me</td> <td style="padding: 0 5px;">J</td> <td style="padding: 0 5px;">V</td> <td style="padding: 0 5px;">S</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">l'année</td> <td style="text-align: center;">le mois</td> <td style="text-align: center;">le jour</td> <td colspan="7" style="text-align: center;">le jour de la semaine</td> </tr> </table> La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	_ _	_ _	D	L	M	Me	J	V	S	l'année	le mois	le jour	le jour de la semaine							5	()
_ _ _ _	_ _	_ _	D	L	M	Me	J	V	S													
l'année	le mois	le jour	le jour de la semaine																			
2- Où sommes-nous { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; text-align: center;">Province</td> <td style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; text-align: center;">Pays</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; text-align: center;">Ville, village</td> <td style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; text-align: center;">Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)</td> </tr> </table> Étage <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Province	Pays	Ville, village	Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)	5	()																
Province	Pays																					
Ville, village	Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)																					
B) Enregistrement																						
3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :																						
	chemise, bleu, honnêteté ()	3 ()																				
	ou																					
	chaussure, brun, modestie ()																					
	ou chandail, blanc, charité ()																					
Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis. Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1 ^{er} essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.																						
Nombre d'essais : _____																						
C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)																						
4- <input type="checkbox"/> Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 :	$100 - 7 = () \quad 93 - 7 = () \quad 86 - 7 = () \quad 79 - 7 = () \quad 72 - 7 = () \quad 65.$																					
OU	Donner 1 point pour chaque bonne réponse.																					
<input type="checkbox"/> Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : _____	(écrire les lettres)																					
5	()																					
D) Rétention mnésique																						
5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :	chemise, bleu, honnêteté ()	3 ()																				
	ou																					
	chaussure, brun, modestie ()																					
	ou chandail, blanc, charité ()																					
E) Langage																						
6- Montrer au sujet un crayon () une montre () et lui demander de nommer l'objet.	2	()																				
7- Demander au sujet de répéter la phrase suivante : « Pas de si ni de mais ».	1	()																				
8- Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps : « Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi ».	3	()																				
N.B. : Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.																						

Traduction et adaptation française non validées du « Mini-Mental State » de Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. : « Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician ». J. Psychiatr Res, 12 : 189-198, 1975, à partir des travaux du centre de gériatrie Hôpital d'Youville Sherbrooke de Québec.

E) Langage (suite)

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :

« FERMEZ VOS YEUX »

COTE MAXIMALE COTE DU SUJET

1 ()

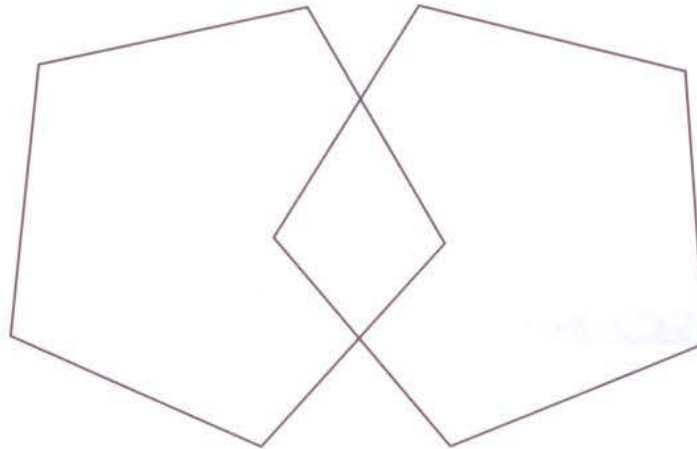
10- Demander au sujet d'écrire une phrase :

1 ()

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1 ()

COTE MAXIMALE : 30

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :

Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : _____ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant somnolent

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation _____

Date | _____ |
Année Mois Jour

Signature _____

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

ACTIVITÉS COURANTES (*exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

DOULEURS / INCONFORT

- Je n'ai ni douleur ni inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères)
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es)
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s)
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

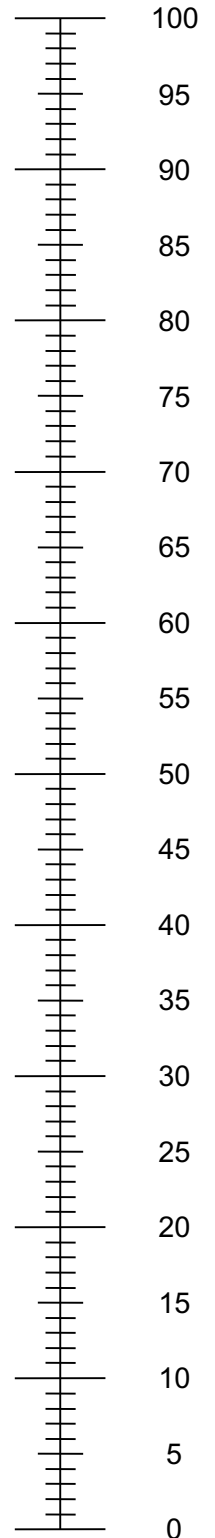
- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD’HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire un X sur l’échelle afin d’indiquer votre état de santé AUJOURD’HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l’échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD’HUI =

Date: _____

La meilleure
santé que vous
puissiez imaginer



La pire santé que
vous puissiez
imaginer

Under each heading, please tick the ONE box that best describes your health TODAY.

MOBILITY

- I have no problems in walking about
- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

SELF-CARE

- I have no problems washing or dressing myself
- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

USUAL ACTIVITIES (*e.g. work, study, housework, family or leisure activities*)

- I have no problems doing my usual activities
- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

PAIN / DISCOMFORT

- I have no pain or discomfort
- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

ANXIETY / DEPRESSION

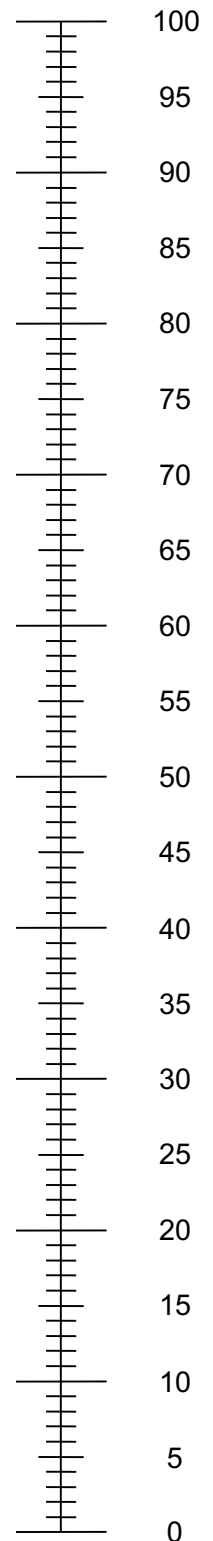
- I am not anxious or depressed
- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

- We would like to know how good or bad your health is TODAY.
- This scale is numbered from 0 to 100.
- 100 means the best health you can imagine.
0 means the worst health you can imagine.
- Mark an X on the scale to indicate how your health is TODAY.
- Now, please write the number you marked on the scale in the box below.

YOUR HEALTH TODAY =

Date: _____

The best health
you can imagine



The worst health
you can imagine

Modified Barthel Index

Grille d'évaluation

No sujet _____ Date d'administration _____

	1	2	3	4	5
	Incapable	Tentatives non-sécuritaires	Réussit avec aide modérée	Réussit avec aide minimale	Autonome
Hygiène du visage (dents, barbe)	0	1	3	4	5
Prendre son bain	0	1	3	4	5
Aller à la toilette	0	2	5	8	10
Continence urinaire	0	2	5	8	10
Continence fécale	0	2	5	8	10
S'alimenter	0	2	5	8	10
S'habiller	0	2	5	8	10
Monter des escaliers	0	2	5	8	10
Marcher	0	3	8	12	15
Se déplacer en chaise roulante (si incapable de marcher)	0	1	3	4	5
Transférer au lit	0	3	8	12	15

Total : _____ / 100



ÉTUDE TRACS – 14-213

L'acide tranexamique comme traitement médical des hématomes sous-duraux chroniques

Protocole opératoire

No sujet _____

Procédure réalisée à DROITE

Contexte de la chirurgie	<input type="checkbox"/> Aucune chirurgie effectuée à droite <input type="checkbox"/> Chirurgie électorive <input type="checkbox"/> Chirurgie d'urgence (qui n'aurait pas pu attendre au lendemain)
Date de la chirurgie	_____
Type de chirurgie	<input type="checkbox"/> Trépanation simple à droite <input type="checkbox"/> Trépanation double à droite <input type="checkbox"/> Craniotomie droite <input type="checkbox"/> Autre : _____
Lieu de la chirurgie	<input type="checkbox"/> Bloc opératoire <input type="checkbox"/> Drainage au chevet
Installation de drain	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, drain sous-dural droit <input type="checkbox"/> Oui, drain sous-galéal droit <input type="checkbox"/> Oui, autre : _____
Orientation du drain	<input type="checkbox"/> Aucun drain <input type="checkbox"/> Extrémité en antérieur <input type="checkbox"/> Extrémité en postérieur
Irrigation intra-opératoire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Mobilisation post-opératoire	<input type="checkbox"/> Repos au lit <input type="checkbox"/> Mobilisation selon tolérance

Procédure réalisée à GAUCHE

Contexte de la chirurgie	<input type="checkbox"/> Aucune chirurgie effectuée à gauche <input type="checkbox"/> Chirurgie électorive <input type="checkbox"/> Chirurgie d'urgence (qui n'aurait pas pu attendre au lendemain)
Date de la chirurgie	_____
Type de chirurgie	<input type="checkbox"/> Trépanation simple à gauche <input type="checkbox"/> Trépanation double à gauche <input type="checkbox"/> Craniotomie gauche <input type="checkbox"/> Autre : _____
Lieu de la chirurgie	<input type="checkbox"/> Bloc opératoire <input type="checkbox"/> Drainage au chevet
Installation de drain	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, drain sous-dural gauche <input type="checkbox"/> Oui, drain sous-galéal gauche <input type="checkbox"/> Oui, autre : _____
Orientation du drain	<input type="checkbox"/> Aucun drain <input type="checkbox"/> Extrémité en antérieur <input type="checkbox"/> Extrémité en postérieur
Irrigation intra-opératoire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Mobilisation post-opératoire	<input type="checkbox"/> Repos au lit <input type="checkbox"/> Mobilisation selon tolérance

Signature _____

Date _____

Questionnaire de suivi

No sujet _____

Résolution du symptôme initial	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Complètement
--------------------------------	---

Usage de stéroïdes depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : dose + dates : _____
--	---

Usage d'antiplaquettaires depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : doses + dates : _____
---	--

Score MMSE	_____
------------	-------

Score mBI	_____
-----------	-------

Score EQ-5D (détaillé + VAS)	_____
------------------------------	-------

Score GOSE (uniquement pour le suivi final)	_____
---	-------

Surveillance évènements indésirables

Drainage chirurgical depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, planifié, date : _____ <input type="checkbox"/> Oui, non-planifié, date : _____
--	--

Thrombophlébite diagnostiquée depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____
---	--

Embolie pulmonaire diagnostiquée depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____
--	--

ICT diagnostiquée depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____
---	--

AVC diagnostiquée depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____
---	--

Pseudo-néphrolithiase diagnostiquée depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____
---	--

Changement de la vision depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date et détails : _____
---	---

Autre complication potentiellement attribuable à l'administration d'acide tranexamique (et date)	_____
--	-------

Signature _____

Date _____