

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificateur unique

REGISTRE CANADIEN DES REPLACEMENTS ARTICULAIRES

Formulaire de collecte des données sur les arthroplasties de la hanche

Nom de l'hôpital _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom du chirurgien

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de famille du chirurgien

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom du patient

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de famille du patient

Sexe Homme Femme

Numéro d'assurance-
maladie provincial

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code de la province

Date de naissance

A	A	A	A	M	M	M	J	J		

Code postal du domicile

--	--	--	--	--	--	--	--

p. ex. 2012 AVR 05

N° du dossier d'hôpital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de l'intervention

A	A	A	A	M	M	M	J	J	

Remplir le formulaire en cochant (✓) les cases pertinentes

Côté (emplacement)	Unilatéral : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	Si bilatéral, remplir UN formulaire pour CHAQUE CÔTÉ Bilatéral : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Type de remplacement	Cocher UNE case seulement <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reprise	
Type d'intervention initiale	Cocher UNE case seulement <input type="checkbox"/> Arthroplastie totale de la hanche <input type="checkbox"/> Hémiarthroplastie monopolaire/unipolaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Resurfaçage <input type="checkbox"/> Hémiarthroplastie bipolaire	
Groupe diagnostique (intervention initiale seulement)	Cocher le diagnostic PRINCIPAL qui s'applique à la hanche en question (cocher UNE case seulement) <input type="checkbox"/> Arthrite dégénérative <input type="checkbox"/> Ancienne fracture de la hanche (p. ex. absence de consolidation, bris du dispositif) <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire (p. ex. PR, SA et LED) <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Ostéonécrose <input type="checkbox"/> Tumeur (primitive ou métastatique, y compris synoviale) <input type="checkbox"/> Fracture aiguë de la hanche (fémur) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Problème à la hanche durant l'enfance (p. ex. dysplasie de la hanche)	
Raison de la reprise (intervention de reprise seulement)	Cocher la raison PRINCIPALE de la reprise de la hanche en question (cocher UNE case seulement) <input type="checkbox"/> Descellement aseptique <input type="checkbox"/> Douleur d'origine inconnue <input type="checkbox"/> Usure des surfaces d'appui (p. ex. usure du polyéthylène) <input type="checkbox"/> Fracture périprothétique, fémur <input type="checkbox"/> Ostéolyse (comprenant la réaction aux débris métalliques ou la pseudo-tumeur) <input type="checkbox"/> Fracture périprothétique, acétabulum <input type="checkbox"/> Instabilité (p. ex. luxation) <input type="checkbox"/> Fracture de l'implant (tout composant) <input type="checkbox"/> Infection — reprise en une seule étape <input type="checkbox"/> Dissociation de l'implant (p. ex. dissociation entre la tête et le tourillon) <input type="checkbox"/> Infection — étape 1 d'une reprise en deux étapes <input type="checkbox"/> Érosion acétabulaire (p. ex. hémiarthroplastie) <input type="checkbox"/> Infection — étape 2 d'une reprise en deux étapes <input type="checkbox"/> Inégalité de la longueur des jambes <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Autre	

Étiquette(s) pour le composant fémoral (y compris les combinaisons corps/tige/col modulaires)

Étiquette(s) pour la tête fémorale (y compris la tête unipolaire ou bipolaire pour les hémiarthroplasties)

Étiquette(s) pour le composant acétabulaire

Étiquette(s) pour l'insert acétabulaire

Étiquette(s) pour le ciment

N'ENVOYEZ PAS LES FORMULAIRES PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE.
Communiquez plutôt avec l'équipe du RCRA à rcra@icis.ca ou au 416-481-2002.