

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

Identificateur unique

# REGISTRE CANADIEN DES REPLACEMENTS ARTICULAIRES

## Formulaire de collecte des données sur les arthroplasties du genou

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			

p. ex. 2012 AVR 05

Code postal  
du domicile

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

Date de  
l'intervention

A	A	A	A	M	M	M	J	J	

N° du dossier  
d'hôpital

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

Remplir le formulaire en cochant (✓) les cases pertinentes

<b>Côté (emplacement)</b>	Unilatéral : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<b>Si bilatéral, remplir UN formulaire pour CHAQUE CÔTÉ</b> Bilatéral : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
<b>Type de remplacement</b>	<b>Cocher UNE case seulement</b> <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reprise	
<b>Type d'intervention initiale</b>	<b>Cocher UNE case seulement</b> <input type="checkbox"/> Arthroplastie totale du genou, comprend la rotule <input type="checkbox"/> Arthroplastie totale du genou, exclut la rotule <input type="checkbox"/> Arthroplastie unicompartmentale, médiale <input type="checkbox"/> Arthroplastie unicompartmentale, latérale <input type="checkbox"/> Arthroplastie fémoro-patellaire <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Groupe diagnostique (intervention initiale seulement)</b>	<b>Cocher le diagnostic PRINCIPAL qui s'applique au genou en question (cocher UNE case seulement)</b> <input type="checkbox"/> Arthrite dégénérative <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire (p. ex. PR, SA et LED) <input type="checkbox"/> Ostéonécrose <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Tumeur (primitive ou métastatique, y compris synoviale) <input type="checkbox"/> Fracture (fémur ou tibia) <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Raison de la reprise (intervention de reprise seulement)</b>	<b>Cocher la raison PRINCIPALE de la reprise du genou en question (cocher UNE case seulement)</b> <input type="checkbox"/> Descellement aseptique <input type="checkbox"/> Usure des surfaces d'appui (p. ex. usure du polyéthylène) <input type="checkbox"/> Ostéolyse <input type="checkbox"/> Instabilité (p. ex. luxation, à l'exclusion de l'instabilité rotulienne) <input type="checkbox"/> Infection — reprise en une seule étape <input type="checkbox"/> Infection — étape 1 d'une reprise en deux étapes <input type="checkbox"/> Infection — étape 2 d'une reprise en deux étapes <input type="checkbox"/> Douleur d'origine inconnue <input type="checkbox"/> Défaut d'alignement ou instabilité de la rotule <input type="checkbox"/> Fracture périprothétique (fémur ou tibia) <input type="checkbox"/> Fracture de l'implant (tout composant) <input type="checkbox"/> Dissociation de l'implant (p. ex. entre la tige et le plateau tibial) <input type="checkbox"/> Arthrite dans un compartiment non resurfacé (p. ex. compartiment fémoro-patellaire, médial ou latéral) <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Autre	

**REGISTRE CANADIEN DES REMPLACEMENTS ARTICULAIRES  
FORMULAIRE DE COLLECTE DES DONNÉES SUR LES ARTHROPLASTIES DU GENOU**

Étiquette(s) pour le composant fémoral

Étiquette(s) pour le composant tibial (y compris les tibias « tout polyéthylène »)

Étiquette(s) pour l'insert tibial

Étiquette(s) pour le composant rotulien

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](mailto:rcra@icis.ca) ou au 416-481-2002.**