

**FICHE D'OBSERVATION D'UNE ENDOPHTALMIE
POST OPERATOIRE**

ANNEXE n°2 : QUESTIONNAIRE CHIRURGICAL

**A adresser à l'opérateur s'il est identifié et ne fait pas partie de
votre équipe médicale**

I - IDENTIFICATION

Hôpital ou clinique :

1

Thérapeute de l'endophtalmie : Dr

2

Opérateur de l'intervention initiale : Dr

21

- Malade (trois 1^{ère} lettres) :

3

Nom --- --- ---

Prénom -----

Age :

4

Sexe :

5

II - CARACTERISTIQUES CLINIQUES PRE OPERATOIRES

Le patient a-t-il reçu la fiche d'information de la S.F.O. ? OUI NON

6

- L'a-t-il signé ? OUI NON

61

- Le patient a-t-il reçu à la sortie de son hospitalisation une notice d'information précisant "les symptômes l'amenant à consulter d'urgence, en cas de suspicion d'endophtalmie" ?

62

OUI NON

Traitement antérieur (le mois précédent) ou en cours

- Corticoïdes généraux OUI NON

7

Lequel :

71

Dose (mg/j) :

72

- Immunosuppresseurs OUI NON

8

Lequel ou lesquels :

81

Pathologie néoplasique (y compris la LLC) OUI NON

9

si OUI préciser :

91

Diabète OUI NON
 10

Si OUI, connu depuis quand :

101

Traitement actuel : - Insuline

102 - Hypoglycémifiants oraux

- Régime seul

Foyer septique identifié OUI NON
 11

Lequel

111

Antécédents ophtalmologiques:

L'œil a-t'il déjà subi une intervention : OUI NON

12

Laquelle ?

121

Antécédent d'endophtalmie sur le même œil ou l'œil adelphe OUI NON

III - ENVIRONNEMENT PER OPERATOIRE DE L'ENDOPHTALMIE

Si vous n'êtes pas en mesure de remplir ce chapitre concernant l'environnement per opératoire de l'endophtalmie, reportez-vous au préambule et passez directement à la page 6.

1 - PLAIE PERFORANTE DU GLOBE OCULAIRE OUI NON

13

Si OUI

a - Existence d'un corps étranger intra-oculaire OUI NON

131

b - Nature du corps étranger

132

2 - CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE OUI NON

14

a - de la cataracte OUI NON

15

• Nature de la cataracte : Congénitale

151

Sénile

Myopie forte

Uvéite

Iatrogénique

Traumatique

• Technique : Intra capsulaire

152

Extra capsulaire - manuelle

- PKE

Implantation secondaire

Changement d'implant

• Type de l'incision : Cornéenne

153

Cornéo-sclérale

• Sièges de l'incision : Supérieure

154

Temporale

Autres

- Siège de contre-incision :

<i>155</i>	Supérieure		
	Temporale		<input type="checkbox"/>
	Nasale		<input type="checkbox"/>
	Inférieure		<input type="checkbox"/>

- Taille :

<i>156</i>	<i>156</i>		
	< 3 mm		<input type="checkbox"/>
	3-4 mm		<input type="checkbox"/>
	> 4 mm		<input type="checkbox"/>
	> 5 mm		<input type="checkbox"/>

- Suture de l'incision OUI NON
157

- Complications per-opératoires : OUI NON
158
 - * Rupture capsulaire OUI NON
1581
si OUI :
 - sans vitré
 - avec vitré
 - chute de fragment de cristallin dans le segment postérieur

 - * Désinsertion zonulaire OUI NON
1582
si OUI :
 - sans vitré
 - avec vitré

 - * Autres (préciser) :
1583

- La chirurgie de la cataracte a-t-elle été combinée à une autre intervention ? OUI NON
159
Laquelle ?
1591

- Modalités d'anesthésie :
 - péribulbaire
 - sous ténonienne
 - topique
 - anesthésie générale

- Modalités d'hospitalisation :
 - Ambulatoire OUI NON
1510
 - Hospitalisation OUI NON
1511
si OUI :
 - 1 jour
 - 2 jours
 - 3 jours ou plus

b - autres chirurgies à l'origine de l'endophtalmie

16

- chirurgie du glaucome
- injection intra-vitréenne
- décollement de rétine
- autres (tout acte invasif du globe).....

c - Traçabilité des dispositifs médicaux (DM)

* *Implants intra-oculaires?*

OUI

NON

17

Type :

SA (chambre antérieure)

OUI

NON

- 171
- fixation angulaire
 - fixation irienne

SP (chambre postérieure)

OUI

NON

- 172
- sac
 - sulcus
 - suturé
 - piggy bag

Technique de pose de l'IOL :

173

- Pince
- Injecteur

Matériaux de l'IOL :

174

- tout PMMA
- silicone
- acrylique hydrophile
- acrylique hydrophobe
- hydrogel
- thermoplastique

Modification de surface (II-2-c-4) :

176

- héparinée
- fluorée

OUI

NON

Traçabilité : Merci de joindre l'étiquette du D.M. ou d'inscrire les références :

* Autres DM :

- Anneau de tension
- autres

* Substance visco-élastique (SVE) :

177

- cohésive
- dispersive
- mixte
- pas de SVE

OUI

NON

Traçabilité : Merci de joindre l'étiquette du D.M. ou d'inscrire les références :

178

* Utilisation d'un pack chirurgical OUI NON

179

Traçabilité : Merci de joindre l'étiquette du D.M. ou d'inscrire les références :

1710

Appareil utilisé pour la phakoémulsification :

- venturi
- péristaltique
- mixte
- tubulure jetable

d - Y-a-t'il eu antibioprophylaxie (ABP) ? OUI NON

18

ABP systémique : OUI NON

181

Si OUI, quel(s) antibiotique (s) :

182

• par voie orale : médicament

183

posologie

• par voie systémique : médicament

184

posologie

ABP locale : OUI NON

185

- dans le liquide d'irrigation : quel AB ?

186

- en collyre pré-opératoire : quel AB ?

187

quel antiseptique ?

188

e - Antisepsie locale champ opératoire : OUI NON

19

- peau : OUI NON

191

Bétadine
autre

- durée de l'application : 192

à 30 s

= à 2 mn

> à 2 mn

- cils de sacs conjonctivaux : OUI NON
¹⁹³ Bétadine
Autre

- durée de l'application : ¹⁹⁴
à 30 s
= à 2 mn
> à 2 mn

- isolement des cils : OUI NON
¹⁹⁵ champ collant avec fenêtre
champ collant à inciser
stéri-strip

f - Traitement local post-opératoire immédiat :
²⁰ Lequel ?

g - Date de l'intervention initiale :

h - N° d'ordre de passage au bloc opératoire

IV - BACTERIOLOGIE

NOTE : pour tout germe retrouvé, prière de joindre une photocopie de l'antibiogramme

MISE EN EVIDENCE D'UN GERME :

1 - EN PRE OU EN PER OPERATOIRE DE L'ACTE CHIRURGICAL INITIAL OUI NON

si OUI, germe(s) retrouvé(s) lequel (s) :

-
-

- au direct
- à la culture

a - Frottis conjonctival pré-opératoire OUI NON
251

b - Prélèvement(s) sur table lors de l'intervention initiale OUI NON
252

•
2522

c - en cas de traumatisme, le frottis a-t-il été fait au bord de la plaie ? OUI NON
2524

Merci d'adresser le questionnaire à l'O.N.D.E. à l'adresse ci-après :

Observatoire National des Endophtalmies, service d'Ophtalmologie,
C.H.I. Villeneuve-Saint-Georges 40 allée de la Source 94190 VILLENEUVE-SAINT-GEORGES Cedex