

N° du dossier /.../

N° de patient /.../.../.../

1. Données sociodémographiques

Nom :.....	Age du 1er mariage :.....
Prénom.....	Zone de Provenance.....
Ethnie.....	Pays.....Région.....Cercle.....Village.....
Profession	Niveau d'instruction.....
Age actuel	Statut matrimonial.....
	Cadre de Vie : Foyer conjugal <input type="checkbox"/> Foyer paternel <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil <input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/>
	Contact

2. Données sur les fistules obstétricales

- Date d'arrivée sur le site de Réparation de la FO...../...../...../...../
- Motifs de consultation.....
- Année d'apparition...../...../...../
- Rang de la grossesse causale...../...../...../
- Information sur l'accouchement

Domicile	Par césarienne.....
Maternité.....	Durée approximative du travail en heure.....
Spontané.....	Etat de l'enfant à la naissance :
A l'aide d'instrument	Vivant.....Mort-né.....

3. Description du motif de consultation

- Fuite d'urine ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Intermittente ☐
 Permanente ☐
 Position debout ☐ Position couchée ☐ Spontanée ☐ Effort ☐ miction conservée ☐
 Absence de miction ☐ Hématurie cyclique ☐ Perte de selles par le vagin ☐ Nombre de garniture/jour.....

4. Antécédents

a. Gynéco-obstétricaux :

Age des premières règles.....Gestité.....ParitéNombre d'enfants vivants..... Nombre d'enfants décédés.....Grossesses Avortées.....

b. Médicaux

HTA ☐ Diabète ☐ Asthme ☐ Cardiopathie ☐ Pneumopathie ☐
Neuropathie ☐ Néphropathie ☐ Uropathie ☐ Autres.....

c. Chirurgicaux :

Césarienne ☐ Hystérectomie ☐ Laparotomie ☐ Autres.....

4. HISTORIQUE DE LA MALADIE

Age au premier mariage.....Age au premier accouchement.....

Age au moment de l'apparition de la fistule.....Rang de la grossesse causale.....

Age de la fistule (en années, mois, semaines).....

La grossesse était-elle désirée ?Oui ☐ Non ☐

Nombre de consultation prénatale (CPN) réalisée.....Lieu de réalisation.....

Quelle a été la durée entre le début du travail et la consultation sanitaire ?.....

Quelle a été la durée du travail de la grossesse causale (en jour) ?.....

Lieu de l'accouchement de la grossesse causale : Domicile ☐ Centre de santé ☐

Hôpital ☐

L'accouchement a-t-il été assisté ?Oui ☐ Non ☐

Si oui par qui ?.....Médecin ☐ Infirmier ☐ Sage-femme ☐ Matrone ☐

Mode d'accouchement de la grossesse causale

Voie basse ☐ Manœuvres instrumentales ☐ Césarienne ☐

Etat de l'enfant à la naissance :.....Vivant ☐ Mort-né ☐

Etat du saignement après l'accouchementMinime ☐ Moyen ☐ Abondant ☐

La patiente a-t-elle été transfusée ?Oui ☐ Non ☐

La fuite d'urine a été constatée à :

Inférieur à 3 jours ☐ Entre 3 à 4 jours ☐ Supérieur à 4 jours ☐

Menstruation ?.....Oui ☐ Non ☐

5. Type étiologique de la fistule

a. Obstétricale..... <input type="checkbox"/>	e. Néoplasique..... <input type="checkbox"/>
b. Iatrogène <input type="checkbox"/>	f. Congénitale..... <input type="checkbox"/>
c. Traumatique..... <input type="checkbox"/>	g. Inconnue <input type="checkbox"/>
d. Infectieuse..... <input type="checkbox"/>	

6. Examen clinique

- Etat général : Bon.....☐ Passable.....☐ Altéré☐
- Conjonctives : Colorées.....☐ Pâleur.....☐
- Constantes : TATempérature.....Pouls..... Fréquence respiratoire

• Aires
ganglionnaires

.....

• Examen
cardiaque

.....

• Examen
pulmonaire

.....

• Abdomen

.....

• Examen
neurologique

.....

• OGE

.....

- Toucher vaginal
Vagin souple.....☐ Scléreux☐ Diamètre de la fistule en ./...../
- Toucher
rectal

7. HYPOTHESES DIAGNOSTICS

8. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

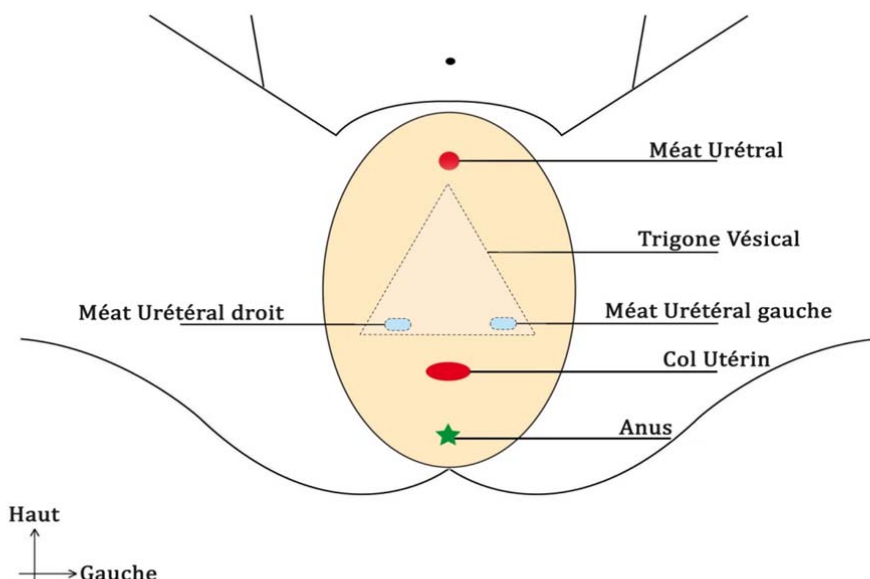
- NFS
.....
.....
.....
- TP:./...../ TCK /...../ Groupage sanguin/Rhésus /...../
Glycémie /...../
- Créatininémie /...../ Azotémie /...../ Uricémie /...../
Autre à précise /...../
.....
.....
- Echographie
.....
.....
.....
- UIV
.....
.....

- ASP
.....
.....
- Cystoscopie
.....
.....

9. Classification de la fistule

- Fistule sur vagin souple.....☐ Fistule sur vagin sclérosée.....☐
- Fistule associées à une déchirure du périnée (1er, 2ème, 3ème degré).....☐
- Type I : Fistule de la cloison Vésico-vaginale..... ☐
- Type II : Vésico-cervico-urétrales (fistule du col vésical).....☐
 - Type IIA : Sans destruction de l'urètre..... ☐
 - Type IIAa : Fistule cervico-urétro-vaginale.....☐
 - Type IIAb : Désinsertion cervico-urétrale partielle.....☐
 - Type IIAc : Désinsertion cervico-urétrale totale.....☐
 - Type IIB : Avec destruction de l'urètre.....☐
- Type III : Fistules trigono-cervico-utéro-vaginales☐
- Type IV : Fistules complexes (mixtes)☐
- Type V : Fistules hautes (retrotrigonales)..... ☐
 - Vésico-vaginale☐ Vésico-cervico-utérine☐
 - Vésico-utérine.....☐ Utéro-vaginale☐

10. Traitement chirurgical de la fistule



- Date de l'intervention chirurgicale:/...../...../...../...../
- Voie d'abord chirurgical : Basse..... ☐ Haute ☐ Mixte ☐
- Lieu de l'intervention :
- Type d'anesthésie
Rachianesthésie..... ☐ Péridurale ☐ Anesthésie générale..... ☐

- Nombre de fils de suture utilisés

• 2/0 3/0 4/0 0 1 Fil à peau

- Responsable de l'équipe chirurgicale :
- Responsable de l'équipe anesthésique :

- Gestes techniques

- Fistuloraphie (FVV, FRV)..... ☐ Urétroplastie (néo urètre) ☐
- Anastomose cervico-urétrale partielle ou totale ☐
- Cystolithotomie ☐ Réimplantation uretero – vésicale..... ☐
- Plastie vaginale + ou – désenfouissement du col utérin..... ☐
- Dérivation urinaire (Goowing, Bricker, Coffey, Poche continente de Kock ou de Benckroun) ☐ Autres..... ☐

11. Suivi Postopératoire

[illegible]

Suivi Postopératoire (suite)

[illegible]

Suivi Postopératoire (suite)

[illegible]

- **Date d'ablation des sondes et drains**

Sonde vésicale /...../...../...../

Sonde urétérale :

/...../...../...../

Drain de retzius /...../...../...../

Drain de loge :

/...../...../...../

- **Complications**

Anesthésie	Chirurgie	Autres à préciser

12. Résultat du traitement à la sortie

Date de sortie :...../...../...../...../

1. Fistule fermée et séchée.....☐
2. Fistule fermée avec troubles sphinctériens (incontinence).....☐
3. Fistule non fermée ou résiduelle.....☐
4. Autre à préciser

.....
.....

13. RESUME DE SORTIE

14. Conseils prodigués et recommandations à la sortie

Fiche de consentement individuel

Instructions

- Lire toutes les informations comprises sur cette fiche à la cliente si elle ne peut le faire elle-même. Après avoir pris connaissances de ces informations et donné son consentement éclairé, la cliente doit signer obligatoirement la fiche dans l'espace réservé à cet effet. Le témoin ou l'accompagnant de la cliente ainsi que le chirurgien désigné pour la réparation doivent également signer la fiche de consentement.
- Si le client ne peut pas lire, un témoin choisi par la cliente doit lui expliquer le contenu de la fiche dans la langue qu'elle comprend.

Je, soussigné Mme..... certifie avoir pris connaissance des informations suivantes sur la réparation chirurgicale de la fistule obstétricale :

- ✓ L'acte exécuté sur moi est chirurgical et j'ai pris connaissances de toutes les explications détaillées de cette procédure.
- ✓ La chirurgie a comme avantage principal la guérison de la fistule et de ses symptômes associés comme la fuite d'urine ou de selles.
- ✓ Cette procédure chirurgicale comporte également des risques et des complications.
- ✓ Aucune procédure chirurgicale ne peut garantir une réussite totale à 100%. Il y a donc une possibilité que des symptômes persistent même après la chirurgie ou de subir d'autres interventions chirurgicales après la première intervention.
- ✓ Le désir de fertilité future n'est pas garanti par la chirurgie.
- ✓ Le succès de la chirurgie nécessite une période d'abstinence de 3 mois ainsi que l'usage de la planification familiale.
- ✓ Je peux décider à n'importe quel moment de refuser l'intervention chirurgicale sans être sanctionnée pour les autres services et soins dont je souhaite bénéficier.
- ✓ Je signe cette demande de ma propre volonté sans contrainte ou pression quelconque de nature qu'elle soit.

Signature de la cliente.

Signature du témoin

Signature du chirurgien

Date

Date

Date