

ENQUETE EMBOLISATION 2010 POUR L'ACTIVITE 2009

UNE FICHE PAR STRUCTURE

NOM DE LA STRUCTURE (hôpital-clinique) :

NOM DU MEDECIN qui remplit le questionnaire :

- Service ou pôle d'activité :

- Département : Ville :

- Mail :

- Téléphone : Fax :

- Nombre de médecins actifs dans l'embolisation (en ETP) :

- NOMBRE D'EMBOISATION PAR AN :

TYPE D'EMBOISATION : *Merci d'indiquer le nombre annuel pour chaque type*

TYPE D'EMBOISATION	NOMBRE ANNUEL	% de micro-cathéter utilisé dans cette indication
ARTERIELLE (Hors cancer)		
▪ Hémorragie de la délivrance		
▪ Fibromes utérins		
▪ Bronchiques		
▪ Pelviennes		
▪ Digestives		
▪ Rénales		
▪ Epistaxis		
▪ Autres		
VEINEUSE		
▪ Varicocèles et varices pelviennes		
▪ Pulmonaire		
MALFORMATION VASCULAIRE		
TUMEUR / CANCER		

- ASSUREZ-VOUS UNE PERMANENCE DES SOINS 24/24 et 7 /7 EN EMBOLISATION :

OUI NON

Si oui, quelles urgences assurez-vous ?	Oui ou Non
Embolisation Hémorragie du Postpartum	
Embolisation Bronchique	
Embolisation Polytraumatisé	
Embolisation Epistaxis	
Autres actes interventionnels réalisés en urgence, précisez :	

- Appartenez-vous à un réseau régional structuré de prise en charge : OUI NON

Merci de compléter le questionnaire et de le renvoyer sous 48H par fax au :

03 20 44 52 87