

# **SURVEILLANCE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE LA CATARACTE (SROC) pour Windows**

(version 2.4 - Août 2009)

**Un progiciel de saisie et d'analyse de données pour  
la surveillance et l'évaluation des résultats visuels  
de la chirurgie de la cataracte  
pour les micro-ordinateurs compatibles avec IBM**

Ce progiciel a été développé et programmé par:  
Hans Limburg MD PhD, DCEH, Health Information Services  
Walter Meester Ing, Tax Software

**Le développement de la version française mise à jour du logiciel de Surveillance des Résultats des Opérations de la Cataracte (SROC version 2.4 – Août 2009) a bénéficié du soutien des organisations suivantes:**

Christoffel Blinden Mission



Sight Savers International



West African Health Organization



International Centre for Eye Health



London School of Hygiene & Tropical Medicine



# TABLE DES MATIÈRES

<b>La nécessité de surveiller les résultants des opérations de la cataracte</b>	1
Systèmes de surveillance	2
Définitions admises	2
Évaluation des résultats	4
Que faire lorsque les résultats sont en deçà des directives ?	5
Comment utiliser le logiciel de surveillance des résultats des opérations de la cataracte	6
Ce qu'il faut éviter de faire avec le logiciel de surveillance des résultats des opérations de la cataracte	6
<b>Le système informatisé</b>	7
Le relevé d'opération de la cataracte (ROC)	7
Installation de SROC v2.4 pour Windows	8
<b>Utilisation du logiciel SROC v2.4</b>	9
Paramétrage initial	9
Menu principal	10
Fichier	10
Saisie des données	12
Édition	15
Naviguer	15
Rapports	16
Utilitaires	19
Fenêtre	23
Aide	23
Annexe 1. Relevé d'opération de la cataracte (ROC)	24
Annexe 2. Instructions de codage pour le relevé d'opération de la cataracte	25

## La nécessité de surveiller les résultants des opérations de la cataracte

La cataracte est la cause la plus fréquente de cécité dans le monde. Les formes les plus courantes de la cataracte ne font toujours pas l'objet d'une prévention efficace et, par conséquent, des initiatives importantes sont en train d'être mises en place pour fournir une chirurgie restauratrice de la vision à ceux qui en ont besoin.

Compte tenu de l'augmentation de la longévité dans le monde, il est probable que la cécité imputable à la cataracte devienne encore plus répandue. On estime que le nombre de cas de cécité dus à la cataracte passera de 25 millions en 2000 à 50 millions en 2020. En plus de cela, la demande en chirurgie de la cataracte parmi les personnes souffrant de basse vision est également en train de s'accroître rapidement. Pour faire face à ce problème, il faut développer les services de chirurgie de la cataracte bien au delà du niveau actuel. Cependant, il ne suffit pas d'augmenter le nombre des opérations de la cataracte.

Certains rapports inquiétants font état de mauvais résultats visuels à l'issue de la chirurgie de la cataracte, en Asie, en Afrique et en Amérique du Sud. Dans certains pays, 30 à 50% des patients opérés présentent une acuité visuelle inférieure à 1/10ème avec la correction disponible. Ceci d'ailleurs peut expliquer pourquoi "la peur de perdre la vue" est l'une des principales raisons pour lesquelles les patients aveugles par cataracte ne souhaitent pas se faire opérer de la cataracte.

Nous pouvons classer les causes des mauvais résultats visuels en quatre groupes :

1. Sélection : mauvais résultats visuels dus à une pathologie oculaire concomitante préexistante
2. Chirurgie : mauvais résultats visuels dus à l'intervention chirurgicale ou à des complications pré-ou postopératoires immédiates
3. Lunettes : mauvais résultats visuels dus à une correction optique inadéquate
4. Séquelles : mauvais résultats visuels dus à des complications postopératoires tardives (opacification de la capsule postérieure, décollement de rétine, etc.)

Les résultats visuels peuvent être améliorés par toutes les mesures qui vont :

1. Améliorer la sélection des cas et éviter de réaliser une intervention chirurgicale chez les patients qui ne vont pas en bénéficier
2. Améliorer la qualité de l'intervention chirurgicale et éviter les complications chirurgicales
3. Améliorer la correction opératoire (LIO) et/ou postopératoire des vices de réfraction
4. Réduire les complications postopératoires tardives

La mesure systématique du résultat visuel à l'issue de la chirurgie de la cataracte rendra vraisemblablement les chirurgiens ophtalmologistes plus soucieux de la qualité. Elle aidera les chirurgiens à identifier les principales causes des mauvais résultats dans leur hôpital. Lorsque les causes principales sont connues, des mesures correctives peuvent être prises afin d'améliorer les résultats. Ceci améliorera probablement les résultats futurs. Au vu de cette amélioration des résultats, les patients seront vraisemblablement plus rassurés et plus confiants, et ils seront plus nombreux à se présenter spontanément pour se faire opérer.

Au cours des 10 dernières années, de nouvelles techniques et technologies chirurgicales, y compris l'implantation de lentilles intraoculaires (LIO), la chirurgie de la cataracte à petite incision (CCPI) et la phacoémulsification, se sont largement répandues, même dans les pays en développement. Celles-ci ont amélioré de façon considérable les résultats de la chirurgie de la cataracte. Si l'intervention est réalisée par un chirurgien ophtalmologiste bien formé ayant à sa disposition un plateau chirurgical approprié, il devrait être tout à fait possible d'atteindre des taux de succès supérieurs à 90%.

Jusqu'à présent, la plupart des centres de soins ophtalmologiques ne disposaient pas d'outils leur permettant de mesurer les résultats de la chirurgie de la cataracte. En mars 2000, l'International Centre for Eye Health (Centre international pour la santé oculaire), Sightsavers International et Christoffel Blind Mission ont lancé une recherche opérationnelle dans huit centres de santé oculaire en Afrique et en Asie, afin de développer des systèmes simples et pratiques pour la surveillance et l'évaluation systématiques des résultats des opérations de la cataracte. Les unités ophtalmologiques sélectionnées pour cette recherche représentent tout un éventail de prestataires de soins de santé ; il s'agit de services de chirurgie de stratégie avancée dans les zones rurales en Afrique et d'unités

ophtalmologiques de district et d'établissements de formation du niveau tertiaire bien équipés en Afrique et en Asie. Ces unités réalisaient chacune entre 300 et 10 000 opérations de la cataracte par an.

## **Systemes de surveillance**

L'objectif ultime de la chirurgie de la cataracte est de supprimer l'incapacité visuelle en restaurant la fonction visuelle. Nous pouvons mesurer le fonctionnement de l'œil en tant qu'organe par l'acuité visuelle, la sensibilité au contraste, et d'autres paramètres. Au niveau individuel, la fonction visuelle peut être mesurée à l'aide de questionnaires pour évaluer les activités de la vie quotidienne ou la qualité de la vie.

La fonction visuelle serait l'indicateur le plus approprié, mais en raison du fait qu'elle requiert des questionnaires adaptés au contexte local, des enquêteurs bien formés et un temps relativement long, elle convient moins à une évaluation systématique. Il est préférable d'utiliser cet indicateur dans des études spéciales.

L'acuité visuelle (AV) est l'indicateur le plus facile à mettre en œuvre et les ophtalmologistes et le personnel paramédical l'utilisent systématiquement partout dans le monde.

Deux systèmes ont été développés : un système de fiches de pointage manuel et un système informatisé. Le système informatisé est programmé dans Visual Fox Pro 8.0<sup>®</sup> et fonctionne sous Windows 2000, NT, XP et Vista. Le logiciel requiert un processeur d'au moins 200 MHz et au minimum 70 Mo d'espace libre sur le disque.

Nous avons volontairement limité les informations à recueillir auprès de chaque patient, afin de minimiser le travail supplémentaire que nécessite la mise en œuvre d'un système de surveillance de la cataracte. Cependant, le logiciel propose des champs facultatifs sur la réfraction préopératoire et la réfraction postopératoire visée, les valeurs biométriques, le type d'incision et de capsulotomie, le type et la puissance de la LIO, le type de suture et la réfraction postopératoire. Le résultat visuel est classé comme bon (AV supérieure ou égale à 3/10), limite (AV inférieure à 3/10 mais supérieure ou égale à 1/10) ou mauvais (AV inférieure à 1/10).

Le système de pointage manuel et le système informatisé fournissent les principaux indicateurs suivants :

- la proportion de résultats bons, limites et mauvais à la sortie et lors du suivi
- les causes des mauvais résultats à la sortie et lors du suivi
- la proportion de complications et les types de complications
- la proportion d'opérations avec implantation (LIO)
- facultatif : différence entre l'équivalent sphérique visé et réel, complications par type d'incision, type de capsulotomie, type de LIO et type de suture

## **Définitions admises**

**Acuité visuelle avec la correction portée** : acuité visuelle de l'œil examiné avec la correction disponible, le cas échéant.

**"Meilleure" AV** : acuité visuelle de l'œil examiné avec la meilleure correction possible ou avec le trou sténopéique.

## **Catégories d'acuité visuelle :**

- **Bon résultat :**  
AV supérieure ou égale à 3/10 (ou  $AV \geq 0,33$  (Décimal) ;  $AV \geq 6/18$  (Snellen 6m) ;  $AV \geq 20/60$  (Snellen 20 pieds) ;  $AV \leq 0,5$  (LogMar))
- **Résultat limite :**  
AV inférieure à 3/10, mais supérieure ou égale à 1/10 (ou  $AV < 0,33 - 0,10$  (Décimal) ;  $AV < 6/18 - 6/60$  (Snellen 6m) ;  $AV < 20/60 - 20/200$  (Snellen 20 pieds) ;  $AV > 0,5 - 1,0$  (LogMar))
- **Mauvais résultat :**

AV inférieure à 1/10 (ou AV <0,10 (Décimal) ; AV <6/60 (Snellen 6m) ; AV <20/200 (Snellen 20 pieds) ; AV >1,0 (LogMar))

### Types de chirurgie de la cataracte :

- Extraction intracapsulaire de la cataracte (EICC)
- Extraction extracapsulaire standard de la cataracte (EECC) avec suture de l'incision
- Chirurgie de la cataracte à petite incision (CCPI) – petite incision sans suture avec fragmentation du cristallin, appelée également "phacoémulsification manuelle" (ou "Min-nuc" ECCE en anglais).
- Phacoémulsification

Toutes les procédures peuvent être faites avec ou sans implantation de LIO (l'EICC requiert une LIO de chambre antérieure, les autres requièrent surtout des LIO de chambre postérieure).

### Causes des mauvais résultats:

Les causes des mauvais résultats visuels sont classées en quatre groupes principaux :

1. Sélection : mauvais résultats visuels dus à une pathologie oculaire concomitante préexistante
2. Chirurgie : mauvais résultats visuels dus à l'intervention chirurgicale ou à des complications pré-ou postopératoires immédiates
3. Lunettes : mauvais résultats visuels dus à une correction optique inadéquate
4. Séquelles : mauvais résultats visuels dus à des complications postopératoires tardives (opacification de la capsule postérieure, décollement de rétine, etc.)

### Date des examens de suivi postopératoire:

- à la sortie
- entre 1 et 3 semaines après l'opération
- entre 4 et 11 semaines après l'opération
- 12 semaines ou plus après l'opération

### Types de complications:

- Aucune complication
- Rupture de la capsule sans issue de vitré  
*rupture de la capsule du cristallin sans aucune issue de vitré*
- Issue de vitré  
*toute issue de vitré, qu'elle soit due à une déchissance zonulaire ou à une rupture de la capsule*
- Déchissance zonulaire  
*rupture totale ou partielle des fibres de la zonule*
- Reliquats de matériel cristallinien  
*tous reliquats clairement visibles du cristallin, en dehors de la capsule extérieure, présents dans l'œil après la chirurgie de la cataracte. Ceci inclut également une "chute du noyau" totale ou partielle*
- Fuite de la plaie

*tout prolapsus d'humeur aqueuse, de vitré ou de l'iris à travers la plaie chirurgicale de la cataracte*

- Kératite striée

*œdème cornéen dû à une lésion endothéliale*

- Endophtalmie

*infection intraoculaire, prouvée ou suspectée, à la suite d'une intervention chirurgicale endoculaire*

- Autres complications

*toute autre complication opératoire ou non opératoire*

## Évaluation des résultats

### Directives de l'OMS

Lors d'une Consultation informelle sur l'analyse des résultats de la prévention de la cécité (Genève, février 1998), l'OMS a proposé les directives suivantes pour la surveillance des résultats de la chirurgie de la cataracte :

“L'acuité visuelle doit être mesurée au niveau de chaque œil pour l'ensemble des patients ayant subi une intervention chirurgicale pour la cataracte liée à l'âge, avant l'opération et à n'importe quel moment entre la sortie et 12 semaines après l'opération, à l'aide de la correction disponible et de la meilleure correction (ou correction avec le trou sténopéique). Les niveaux de résultats visuels suivants doivent être visés :”

Tableau 1. Directives sur les résultats de la chirurgie de la cataracte

ACUITÉ POSTOPÉRAIRE		AVEC LA CORRECTION DISPONIBLE	AVEC LA MEILLEURE CORRECTION
BONNE	10/10 - 3/10	>80%	>90%
LIMITE	<3/10 - 1/10	<15%	<5%
MAUVAISE	<1/10	<5%	<5%

Cependant, tous les patients ne reviennent pas pour le suivi. Des taux de suivi inférieurs à 20% ne sont pas rares. Dans de telles situations, il se peut que les résultats de ceux qui sont revenus pour un bilan postopératoire ne soient pas représentatifs de l'ensemble des patients opérés dans cet hôpital. Les tendances observées quant aux résultats sont importantes, parce que le profil des patients (par ex. distance à parcourir pour aller à l'hôpital, milieu socioéconomique, AV préopératoire, critères pour la chirurgie, etc.) ne changera vraisemblablement pas beaucoup.

### Et si le taux de suivi est faible ?

Bien que l'AV à la sortie ne permette pas de prédire l'AV qui sera obtenue beaucoup plus tard en postopératoire, l'étude pilote a montré que 55 à 75% des yeux opérés présentant un mauvais résultat à la sortie ont connu une amélioration vers un bon résultat à 6 mois et plus après l'opération. Lorsque le taux de suivi est faible, soit 30% par exemple, vous pouvez utiliser les directives suivantes :

AV à la sortie : >50% ont une AV égale ou supérieure à 3/10 (6/18 ; 20/60 ; 0,5)

<10% ont une AV inférieure à 1/10 (6/60 ; 20/200 ; >1,0)

% de complications : <10% (rupture de la capsule sans issue de vitré <5%, issue de vitré <5%)

En plus du résultat visuel, il y a d'autres indicateurs importants de la qualité des services de chirurgie de la cataracte : le pourcentage de complications, la proportion de ruptures de la capsule, la proportion d'issues de vitré et la proportion d'opérations avec LIO, ainsi que leurs tendances dans le temps. La proportion d'opérations avec LIO dépend des structures locales et de la formation du chirurgien ophtalmologiste. Les centres et les chirurgiens peuvent se fixer individuellement leurs propres directives concernant le pourcentage d'opérations avec LIO.

## **Que faire lorsque les résultats sont en deçà des directives?**

### **Résultats visuels**

- Plus de 10% des yeux opérés ont une acuité visuelle avec la correction portée inférieure à 1/10 (mauvais résultat) à la sortie.
- Plus de 5% des yeux opérés ont une acuité visuelle avec la correction portée inférieure à 1/10 (mauvais résultat) à 4 semaines ou plus après l'opération.
- Moins de 80% des yeux opérés ont une acuité visuelle avec la correction portée égale ou supérieure à 3/10 (bon résultat) à 4 semaines ou plus après l'opération.

### **Mesures à prendre :**

- Vérifiez les rapports d'analyse pour déterminer si la mauvaise vision est principalement due à la sélection des cas, à des problèmes chirurgicaux ou à la correction des vices de réfraction.

### **Si elle est due à la sélection :**

- Améliorez l'examen préopératoire afin de réduire le nombre de patients qui présentent d'autres causes de cécité et qui risquent de ne retirer aucun bénéfice de l'extraction de la cataracte.

### **Si elle est due à la chirurgie :**

- Améliorez les procédures chirurgicales.

### **Si elle est due aux lunettes :**

- Fournissez des lunettes offrant la meilleure correction sphérique à un prix abordable, et assurez-vous que le calcul de la puissance de la LIO est correct.

### **Complications chirurgicales**

- Le taux de rupture de la capsule postérieure sans issue de vitré est supérieur à 5%.
- Le taux d'issue de vitré est supérieur à 5%.
- Le taux global de complications est supérieur à 10%.

### **Mesures à prendre :**

- Améliorez la technique chirurgicale en demandant des conseils à un chirurgien de la cataracte compétent et expérimenté. –
- Assurez-vous que tous les chirurgiens sont convenablement formés en chirurgie avec implantation de LIO et disposent des équipements nécessaires.
- Assurez-vous que vous disposez des compétences et des structures nécessaires pour prendre en charge les complications de façon appropriée.

### **Proportions des opérations avec LIO**

- Le pourcentage des cas recevant une LIO est inférieur à 90%.

### **Mesures à prendre :**

- Améliorez la disponibilité et l'accessibilité financière des LIO.
- Assurez-vous que tous les chirurgiens sont convenablement formés à l'implantation de LIO et disposent des équipements nécessaires.



## **Tendances dans le temps**

- Il n'y a pas de changement dans le temps, les résultats restent en deçà des limites recommandées.
- La tendance dans le temps est une aggravation de la situation.

### Mesures à prendre :

- Analysez attentivement les raisons du manque d'amélioration et prenez des mesures pour résoudre les problèmes énumérés ci-dessus.

## **Comment utiliser le logiciel surveillance des résultats des opérations de la cataracte**

On s'attend à ce que la surveillance régulière des résultats des opérations de la cataracte améliore les résultats visuels, augmente la crédibilité des services de chirurgie de la cataracte et, de ce fait, entraîne une augmentation du nombre de candidats aux opérations de la cataracte. Il est indispensable d'instaurer une culture d'audit et de soutien, qui entraînera une amélioration globale, et d'éviter les conflits et les critiques. Le système de surveillance des résultats a pour but d'aider chaque chirurgien et chaque centre ophtalmologique à surveiller ses propres résultats dans le temps et à atteindre les proportions de résultats bons, limites ou mauvais proposées dans le Tableau 1 (page 8). Ils ont chacun leurs propres critères d'admission, leurs propres procédures chirurgicales, leurs propres compétences et structures, qui ne changeront vraisemblablement pas beaucoup. Le système de surveillance indique la cause des mauvais résultats : sélection, chirurgie, lunettes ou séquelles. Lorsque les causes des mauvais résultats sont connues, il devient alors possible de trouver des solutions pour améliorer les résultats de la chirurgie de la cataracte. Il est généralement possible de modifier la réfraction et les procédures chirurgicales afin d'améliorer les résultats, mais pour ce qui concerne la sélection et les séquelles, cela peut s'avérer difficile. Lorsque la sélection des cas est une cause majeure de mauvais résultat, il faut améliorer les structures de diagnostic afin d'éviter d'opérer les patients qui n'ont pas de bonnes perspectives d'amélioration. Ceci ne signifie pas qu'il faut refuser d'opérer tous les patients à risque : ils doivent recevoir des conseils appropriés et être informés du risque de restauration incomplète de la vision. Il est important de se rendre compte qu'une amélioration, même partielle, de l'acuité visuelle peut aider un grand nombre de ces patients.

Lorsque l'analyse porte sur moins de 100 opérations, vous devez vous montrer prudents dans l'interprétation des résultats.

## **Ce qu'il faut éviter de faire avec le logiciel surveillance des résultats des opérations de la cataracte**

Il ne faut pas utiliser les données sur les résultats des opérations pour comparer entre eux des chirurgiens ou des centres, sauf peut-être dans le cadre de la formation des résidents. Certains chirurgiens peuvent avoir le sentiment d'être "contrôlés" et peuvent rechigner à coopérer. Dans d'autres cas, les donateurs ont offert des "primes" aux chirurgiens ayant atteint un certain niveau de bons résultats. Une pression de ce genre peut amener les chirurgiens ophtalmologistes à refuser d'opérer les cas à risque ou à ne montrer que des données favorables. En fin de compte, cela créera beaucoup de travail supplémentaire, mais les opportunités d'améliorer les résultats ne seront pas reconnues et aucune mesure corrective ne sera mise en place.

Entre les opérations de la cataracte, il existe des différences dans les critères d'admission, les compétences du chirurgien, les procédures et les équipements chirurgicaux, qui toutes affectent le résultat. L'exemple classique est celui du chirurgien le moins expérimenté qui n'opère que les cas simples sous supervision, tandis que le chirurgien le plus chevronné opère les cas les plus compliqués, qui présentent une faible probabilité de récupération visuelle. Dans une telle situation, il se peut fort bien que le chirurgien débutant ait un meilleur pourcentage de bons résultats que le chirurgien chevronné.

## **Le système informatisé**

Le progiciel de surveillance des résultats des opérations de la cataracte pour Windows est programmé dans Visual FoxPro<sup>®</sup> version 8.0. Il est fourni sous forme de version exécutable, ce qui signifie que l'utilisateur n'a pas besoin d'avoir Visual FoxPro sur son ordinateur. Le programme peut fonctionner sur n'importe quel ordinateur Pentium sous Windows 2000, NT, XP et Vista avec un contrôleur de périphérique d'au moins 90 MHz et avec 32 Mo de mémoire vive. Pour préserver la mise en page d'origine et pour éviter des problèmes de compatibilité avec Microsoft Office Word 2007, nous vous recommandons de sauvegarder tous les rapports sous format RTF (Rich Text Format). Ce format peut être lu par toutes les versions du logiciel Word de Microsoft. Il n'existe pas de version du logiciel SROC pour les ordinateurs Macintosh.

Le progiciel Windows utilise le relevé d'opération de la cataracte (ROC), un formulaire qui peut s'ajouter à ou qui peut remplacer le dossier médical que vous utilisez habituellement dans votre centre ophtalmologique. Vous devez remplir un formulaire pour chaque opération de la cataracte. Lorsque le patient se présente pour une opération du deuxième œil, vous devez utiliser un nouveau formulaire.

Vous devrez saisir à l'ordinateur les données issues de chaque formulaire. Le système de saisie des données du progiciel dispose d'un certain nombre de contrôles intégrés pour éviter les erreurs de saisie des données. Les données saisies à l'ordinateur peuvent être analysées à n'importe quel moment. Le logiciel SROC produit divers rapports, des graphiques, ainsi que des listes de patients devant revenir pour le suivi postopératoire, tous sous forme standardisée. Les rapports sont sélectionnés dans un système de menus et peuvent être affichés à l'écran, sauvegardés sous forme de fichier, ou imprimés sur une imprimante connectée. Les enregistrements à analyser peuvent être sélectionnés par année, par centre chirurgical et/ou par chirurgien.

### **Le relevé d'opération de la cataracte**

Les données sur les opérations de la cataracte sont recueillies à l'aide d'un relevé standardisé, le relevé d'opération de la cataracte (ROC). Vous ne devez surtout pas modifier les champs, les options ou les codes pour l'AV sur ce formulaire, ou encore l'ordre des champs, car cela va rendre nuls tous les calculs dans les rapports d'analyse. Il est possible de traduire les étiquettes des différents champs dans la langue locale tout en gardant leur sens originel.

Il est important de comprendre que le ROC ne se remplit pas en une seule fois. Les renseignements sur les patients, l'examen préopératoire, la chirurgie et l'acuité visuelle postopératoire à la sortie peuvent tous être inscrits pendant le séjour du patient, mais les données relatives aux première, deuxième et troisième visites de suivi ne pourront être obtenues et inscrites sur le formulaire qu'après plusieurs semaines ou mois. Ceci signifie que vous devez conserver le formulaire dans un endroit où vous pourrez facilement le retrouver quand le patient reviendra pour une visite de suivi.

Vous devez effectuer la saisie des données à l'ordinateur après la sortie du patient et après chaque visite de suivi, dans la mesure où vous ne pouvez pas savoir si le patient reviendra pour le suivi. Ceci implique que vous déplacez constamment le formulaire d'un endroit à l'autre. Chaque hôpital a ses propres procédures pour les dossiers des patients et il se peut qu'il ne soit pas possible de standardiser ces procédures. L'option qui vous est proposée dans le paragraphe suivant ne doit être considérée que comme un exemple.

Au cours de l'admission, l'examen préopératoire, la chirurgie et la sortie, le ROC reste avec le patient. Après la sortie, le ROC est remis à un opérateur de saisie désigné. Ces formulaires de ROC n'ont pas besoin d'être recueillis chaque jour, mais seulement une ou deux fois par semaine. L'opérateur de saisie introduit les données dans l'ordinateur et rapporte les formulaires au service de consultation externe, où ils sont alors mis dans un classeur séparé, dans la section portant la mention "À voir". Vous aurez auparavant divisé ce classeur en deux sections : "Vus" et "À voir".

Dans chaque section, les ROC sont organisés par nom, par numéro de série, ou par numéro d'inscription à l'hôpital, selon la pratique la plus courante dans votre centre de soins ophtalmologiques. À chaque fois que le patient revient pour une visite de suivi, retrouvez le ROC correspondant, inscrivez sur celui-ci les conclusions concernant cette visite et remettez le formulaire dans le classeur, cette fois dans la section "Vus". Une fois par semaine, l'opérateur de saisie recueille l'ensemble des formulaires de ROC de la section "Vus", saisit les données à l'ordinateur et remet les formulaires dans le même classeur, maintenant dans la section "À voir" (pour la prochaine visite). Pour éviter de saisir deux fois les données pour un même patient, l'opérateur de saisie doit mettre sa signature ou ses initiales sur le ROC, à côté de chaque visite de suivi dont les données ont été saisies à l'ordinateur. Arrangez-vous pour diviser la charge de travail de telle sorte que les formulaires de ROC restent le moins longtemps possible au niveau du service de saisie des données à l'ordinateur.

Ne sous-estimez pas la quantité de travail et la précision nécessaires pour effectuer correctement la saisie des données pour l'ensemble des relevés. En l'absence de personnel désigné et expérimenté pour la saisie, il peut être préférable d'utiliser le système de pointage manuel pour la surveillance des résultats des opérations de la cataracte.

Le relevé d'opération de la cataracte (ROC) est montré à l'Annexe 1. Sur le cédérom, vous trouverez des versions modifiées du ROC pour les différents systèmes de mesure de l'acuité visuelle : Système francophone, Décimal, Snellen 6m, Snellen 20 pieds et LogMar. Tous les formulaires sont au format Word de Microsoft, afin de faciliter la traduction du texte dans d'autres langues. Il faut veiller à traduire le texte avec la plus grande précision et à ne pas changer les champs, les options, l'ordre des options, ou les codes pour l'AV, dans la mesure où cela va fausser les rapports d'analyse.

L'Annexe 2 contient des instructions détaillées sur la manière de remplir les différents champs du ROC.

## **Installation de SROC v2.4 pour Windows**

La version Windows du progiciel de Surveillance des résultats des opérations de la cataracte (SROC) est programmée sous Visual FoxPro version 8.0<sup>®</sup> et les rapports sont programmés sous Crystal Reports version 8.5<sup>®</sup>. SROC version 2.4 pour Windows est une application exécutable et son installation sur votre disque dur ne requiert pas Visual FoxPro ou Crystal Reports.

L'installation de SROC version 2.4 se fait en deux étapes, afin de faciliter la distribution par Internet des mises à jour et des versions dans d'autres langues. Au cours de la première étape, tous les fichiers exécutables seront installés. Cette installation est automatique et tous les fichiers exécutables seront installés dans les répertoires appropriés. Au cours de la deuxième étape, le programme lui-même sera installé, ainsi que les fichiers de données et les manuels d'utilisation. L'emplacement par défaut de ces fichiers est : C:\Program Files.

Le cédérom SROC vous servira de guide durant l'installation. Suivez les étapes dans le bon ordre et suivez les consignes qui apparaissent sur votre écran. Si vous installez SROC version 2.4 sur un réseau, il vous faudra installer les fichiers exécutables sur chaque terminal ayant accès au programme SROC. Le programme lui-même, les fichiers de données et les manuels d'utilisation doivent être installés sur le serveur.

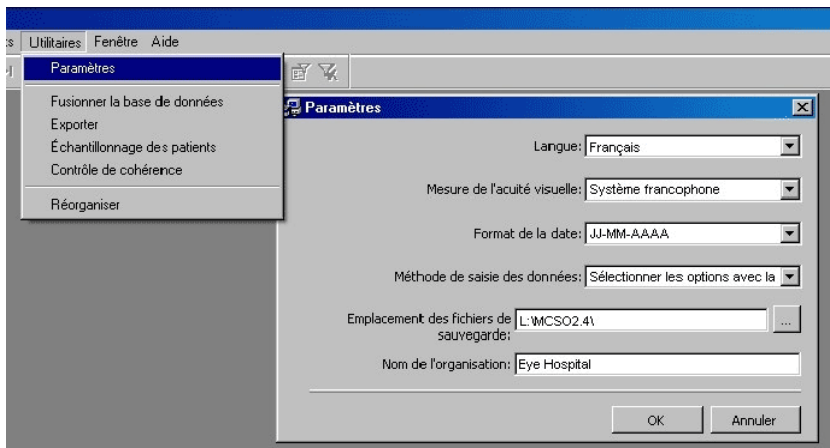
- Insérez le cédérom d'installation du progiciel SROC.
- Attendez que l'écran d'installation apparaisse.
- Cliquez sur "Démarrer" pour lire l'introduction et les consignes d'installation. Vous pouvez également imprimer ces consignes.
- Sélectionnez "Installer les fichiers exécutables" et cliquez deux fois.
- Sélectionnez "Installer les fichiers du programme SROC v 2.4" et cliquez deux fois.
- Suivez les consignes qui apparaissent sur les écrans de dialogue.
- Par défaut, le programme sera installé dans le dossier "C:\Program files\SROC\_2.4". Nous vous recommandons d'utiliser cet emplacement par défaut, mais vous pouvez également utiliser n'importe quel autre répertoire.
- Le programme installera une icône de raccourci sur le bureau.
- Sélectionnez "SROC 2.4 Manuel\_Français" et cliquez deux fois. Ceci ouvre le manuel en français. Vous pouvez imprimer ce manuel ou le sauvegarder sur le disque dur.
- Sélectionnez le relevé d'opération de la cataracte (ROC) pour le système de mesure de l'AV de votre choix et cliquez deux fois pour ouvrir ce fichier.
- Si vous voulez former d'autres membres du personnel à l'utilisation du progiciel de surveillance des résultats des opérations de la cataracte, allez dans "Outils de formation pour la surveillance des résultats".

## Utilisation du logiciel SROC v2.4

Pour lancer le logiciel de surveillance des résultats des opérations de la cataracte (SROC), cliquez deux fois sur son icône sur le bureau. Après l'écran d'introduction, le menu principal apparaît. Il est conseillé d'aller d'abord à l'élément du menu Utilitaires | Paramètres (voir Figure 1).

### Paramétrage initial

Figure 1. Menu principal : Utilitaires | Paramètres



Cette option permet à l'utilisateur de sélectionner les paramètres suivants :

- Langue : anglais et français;
- Système de mesure de l'acuité visuelle : système francophone ; Snellen 6m ; Snellen 20 pieds ; décimal ou LogMar. Les mesures d'AV dans le système choisi apparaîtront dans les boîtes de sélection sur l'écran de saisie des données (Tableau 2) ;
- Format de date qui s'affichera dans les boîtes de sélection du formulaire de saisie de données ;
- Méthode de saisie des données : "Sélectionner l'option avec la souris" ou "Taper le numéro de code" avec le clavier (plus rapide) ;
- Emplacement des fichiers de données de sauvegarde ;
- Nom de l'organisation devant apparaître sur l'écran d'ouverture et en haut des rapports.

Tableau 2. Systèmes de mesure de l'AV disponibles

Francophone	Snellen 6m	Snellen 20 pieds	Décimal	LogMar
9/10 à 10/10	6/6	20/20	1	0
7/10 à 8/10	6/9	20/32	0,67	0,2
4/10 à 6/10	6/12	20/40	0,50	0,3
3/10	6/18	20/60	0,33	0,5
2/10	6/24	20/80	0,25	0,6
1,5/10	6/36	20/120	0,17	0,8
1/10	6/60	20/200	0,10	1,0
1/20	3/60	20/400	0,05	1,3
1/50	1/60	20/1200	0,02	1,8
PL+	PL+	PL+	PL+	3
Absence de PL (PL-)	Absence de PL (PL-)	Absence de PL (PL-)	Absence de PL (PL-)	4
Estimée à <1/10	Estimée à <6/60	Estimée à <20/200	Estimée à <0,1	Estimée à >1
Estimée à >1/10	Estimée à >6/60	Estimée à >20/200	Estimée à >0,1	Estimée à <1

Note : L'échelle francophone de mesure de l'AV comporte plus de valeurs que l'échelle de Snellen. Dans la mesure où les codes utilisés par le logiciel sont basés sur l'échelle de Snellen, et dans un souci d'uniformité, trois des options du système francophone de mesure de l'AV apparaissent sous forme d'intervalles (9/10 à 10/10 ; 7/10 à 8/10 ; et 4/10 à 6/10).

Les deux dernières options dans le système de mesure sont réservées aux patients qui ont des difficultés à se soumettre à la mesure de l'acuité visuelle (problèmes psychiques, analphabétisme, perte auditive, etc.). L'observation de leur comportement (vous serrent-ils la main, peuvent-ils trouver la poignée de la porte, etc.) peut vous aider à évaluer sommairement leur acuité visuelle.

Si vous souhaitez introduire dans le fichier des enregistrements sur plus d'un chirurgien, il vous faut répertorier auparavant chaque chirurgien ophtalmologiste. Ceci permettra une analyse des données pour les opérations effectuées par chaque chirurgien séparément et pour toutes les opérations dans leur ensemble. Vous devez saisir les noms des chirurgiens dans un fichier séparé avant de commencer la saisie des données relatives aux opérations. Il en va de même si les opérations sont effectuées dans plus d'un hôpital, clinique ou camp de soins oculaires. Chaque chirurgien ophtalmologiste devrait connaître, le cas échéant, son numéro de code individuel, ainsi que les numéros de code des différents hôpitaux, cliniques et camps qui relèvent de la même organisation.

## Menu Principal

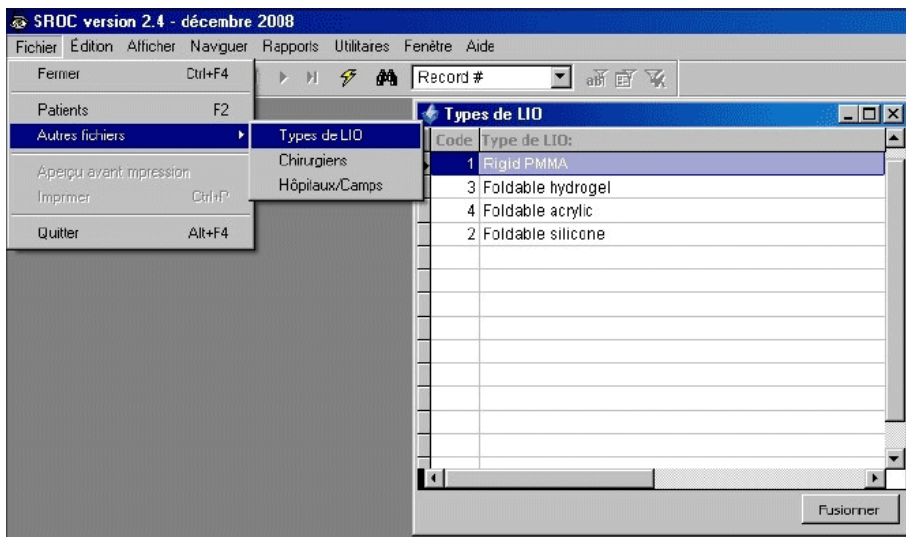
### Fichier | Autres fichiers

Ceci ouvre un autre sous-menu qui comporte trois options : Types de LIO, Chirurgiens et Hôpitaux/Camps. Cliquez sur n'importe laquelle de ces options pour saisir les numéros de code et les noms ou descriptions correspondant aux types de LIO utilisés, aux chirurgiens et aux hôpitaux ou camps de soins oculaires que vous souhaitez faire apparaître dans les boîtes de sélection sur la page de saisie des données. Pour ajouter un nouveau nom à la liste, vous pouvez cliquer sur le bouton à l'extrême gauche de la barre d'outils ("Ajouter"), ou sélectionner Édition | Nouveau, ou encore appuyer sur <Ctrl+Ins>. Ceci ouvre un nouvel enregistrement et vous pouvez alors saisir le numéro de code et le nom. Pour sauvegarder chaque nouvelle ligne, cliquez sur le bouton « Enregistrer » (deuxième à partir de la gauche dans la barre d'outils), ou sélectionnez Édition | Enregistrer, ou encore tapez <Ctrl+S>. Si vous souhaitez ajouter par la suite d'autres numéros de code ou d'autres noms, il vous faudra à nouveau ouvrir un nouvel enregistrement.

En cours d'enregistrement, vous pouvez annuler les erreurs de saisie de données en cliquant sur le bouton "Annuler", le troisième à partir de la gauche dans la barre d'outils, ou en tapant <Ctrl+Z>. Lorsque vous constatez une erreur après qu'un enregistrement ait été sauvegardé, vous pouvez rouvrir cet enregistrement, corriger l'erreur et sauvegarder une fois de plus l'enregistrement.

Enfin, vous pouvez supprimer les enregistrements effectués dans ces trois tableaux en appuyant sur le bouton "Supprimer", le quatrième à partir de la gauche dans la barre d'outils, ou en sélectionnant "Édition | Supprimer", ou encore en tapant <Ctrl+Suppr>. Cependant, si le nom ou numéro de code d'un Type de LIO, Chirurgien, ou Hôpital/Camp apparaît dans le dossier d'un patient enregistré, alors vous ne pourrez pas supprimer ce nom ou numéro de code particulier, car ceci aurait pour effet d'invalider les données saisies dans cet enregistrement. En général, nous vous conseillons de seulement ajouter de nouveaux codes et de ne pas essayer de supprimer un code redondant. Dans les listes Types de LIO, Chirurgiens et Hôpitaux/Camps, seuls les codes qui ne sont pas utilisés peuvent être supprimés. Les données dans ces trois tableaux peuvent être triées par code ou par ordre alphabétique en plaçant le curseur sur la barre de titre de la colonne à trier. Cliquez lorsque le curseur devient une flèche pointant vers le bas et le logiciel réorganisera alors ces données.

Figure 2. Sous-menu de l'élément Fichier pour la saisie des noms ou des codes correspondant aux types de LIO, aux Chirurgiens, et aux Hôpitaux/Camps



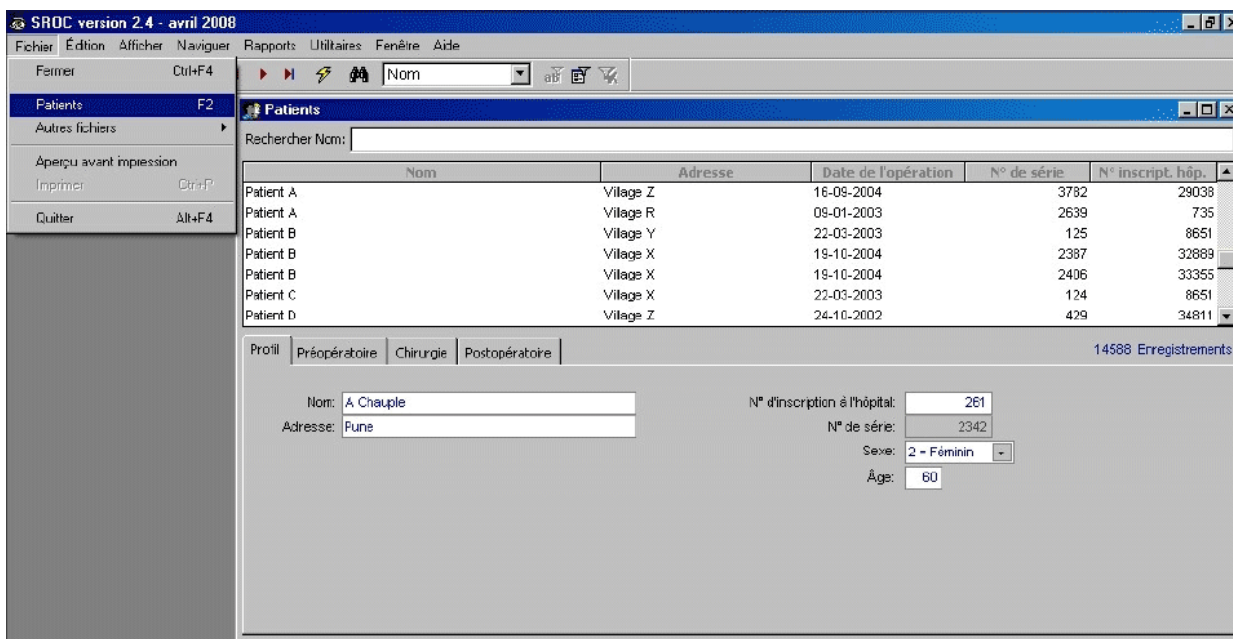
### Fichier | Patients (ou raccourci clavier <F2>)

Ceci ouvre l'écran de saisie des données relatives aux patients, intitulé "Patients" (voir Figure 3). Vous devez saisir les données dans les boîtes ou boîtes de sélection en bas de l'écran. Il y a quatre pages, une pour chaque section du relevé d'opération de la cataracte (ROC). Cliquez sur l'onglet de chaque page pour faire apparaître celle-ci. Pour saisir un nouvel enregistrement, cliquez d'abord sur le bouton "Ajouter", situé à l'extrême gauche de la barre d'outils. Vous pouvez également cliquer sur Édition | Nouveau ou utiliser le raccourci clavier <Ctrl+Inser>. Ceci crée et ouvre un nouvel enregistrement dans le fichier de données.

Au-dessus des quatre onglets pour la saisie de données se trouve un tableau : celui-ci vous montre la liste des patients dont les données sont déjà dans le système, par nom, adresse, date d'opération, numéro de série et numéro d'inscription à l'hôpital. Ce tableau vous sera très utile pour retrouver les enregistrements existants, lorsque vous devrez les compléter en leur ajoutant l'acuité visuelle postopératoire. Vous pouvez trier les données dans ce tableau par ordre alphabétique ou numérique pour vous aider à retrouver les enregistrements plus facilement. Vous pouvez effectuer ce tri de deux façons : la première manière consiste à cliquer sur la flèche de la boîte de sélection dans la barre d'outils du menu principal. Ceci fait apparaître tous les en-têtes de colonnes du tableau. Effectuez votre sélection et les données de la colonne seront alors réorganisées. Cette action a également pour effet de changer l'intitulé de la boîte de saisie de recherche en haut de l'écran "Patients". Si vous souhaitez retrouver un enregistrement spécifique, tapez alors dans la boîte de saisie de recherche les données correspondant au champ de recherche (nom, par ex.) pour cet enregistrement donné et l'enregistrement sera automatiquement retrouvé.

La deuxième manière de trier une colonne consiste à amener le curseur en haut de la colonne. Cliquez lorsque le curseur se transforme en une flèche noire pointant vers le bas et cela aura pour effet de trier les données de cette colonne par ordre alphabétique ou numérique.

Figure 3. Écran de saisie de données et tableau montrant la liste des enregistrements déjà saisis



### Fichier | Aperçu avant impression

Vous pouvez imprimer n'importe quel enregistrement sélectionné. Mettez l'enregistrement en surbrillance et cliquez sur le bouton Aperçu avant impression pour afficher un relevé individuel montrant l'ensemble des champs de cet enregistrement. Pour imprimer, sélectionnez Fichier | Imprimer, ou tapez <Ctrl+P>, ou encore cliquez sur le bouton "Imprimer" dans la barre d'outils. Pour sauvegarder cette page, cliquez sur "Exporter" dans la barre d'outils.

### Fichier | Imprimer

Vous pouvez utiliser cette option pour imprimer un relevé ou rapport affiché à l'écran. Pour imprimer ce rapport, vous pouvez également cliquer sur le bouton "Imprimer" dans la barre d'outils ou taper <Ctrl + P>.

### Saisie des données

La plupart des champs de l'écran de saisie des données apparaissent comme des boîtes de sélection. Elles semblent vides, mais vous pouvez faire apparaître les différentes options pour chaque champ en plaçant le curseur sur le triangle qui pointe vers le bas à droite de la boîte de sélection correspondante et en cliquant. Pour saisir les données dans ces boîtes de sélection, vous avez le choix entre deux méthodes. La première est la méthode "Sélectionner l'option avec la souris" : la liste des options apparaît et l'option correcte est généralement sélectionnée à l'aide de la souris. L'ordinateur va stocker dans ce champ le numéro de code correspondant à cette option. La deuxième méthode est celle qui consiste à "Taper le numéro de code" : chaque option est précédée par son numéro de code, qui est le numéro qui apparaît entre parenthèses à côté de cette entrée sur le formulaire de relevé d'opération de la cataracte (ROC). Si vous tapez ce numéro de code dans la boîte de sélection, l'option liée à ce code est sélectionnée par la souris et le numéro de code est stocké dans ce champ. L'écran de saisie des données et les options dans chaque champ sont exactement les mêmes pour les deux méthodes, mais les options sont présentées différemment.

Les Figures 4a et 4b illustrent également ces deux méthodes.

Dans la Figure 4a, la méthode utilisée est "Sélectionner l'option avec la souris". Dans ce mode, le texte du champ se compose automatiquement : par exemple, lorsque vous tapez la lettre "p", l'option "pseudophaquie" est mise en surbrillance. Appuyez sur la touche <Envoi (Entrée)> pour enregistrer la sélection. Dans la pratique, cependant, la plupart des utilisateurs ne tapent pas l'option au clavier, préférant sélectionner l'option appropriée par un clic de souris. Si vous tapez un numéro de code alors que vous avez choisi cette méthode, aucune option ne sera sélectionnée et aucune entrée ne sera enregistrée dans le champ.

Dans la Figure 4b, la méthode utilisée est "Taper le numéro de code". Dans ce cas, le fait de taper la lettre "p" ne sélectionne aucune option, mais le fait de taper le numéro de code "6" met en surbrillance l'option "pseudophaque". Si vous appuyez sur la touche <Envoi (Entrée)>, cela confirme la saisie et déplace la souris vers le champ suivant. La méthode "Taper le numéro de code" convient mieux aux opérateurs de saisie de données expérimentés. Elle peut réduire de façon considérable le temps qu'il faut pour saisir des données, en particulier lorsqu'une deuxième personne lit à haute voix les numéros de code correspondant aux entrées sur le ROC. De cette façon, l'opérateur de saisie n'a pas à faire avec les yeux un mouvement de va-et-vient entre le clavier et le formulaire de ROC. Vous pouvez sélectionner la méthode de saisie des données de votre choix en allant dans Utilitaires | Paramètres | Saisie des données.

Figure 4a : "Sélectionner l'option avec la souris"

Figure 4b : "Taper le numéro de code"

Pour ajouter un nouvel enregistrement de patient, cliquez sur le bouton "Ajouter un nouvel enregistrement", à l'extrême gauche de la barre d'outils, ou cliquez sur Édition | Nouveau, ou encore tapez <Ctrl+Insérer>. Ceci crée un nouvel enregistrement et vous pouvez alors commencer la saisie des données. Le curseur se place automatiquement au niveau du premier champ (Nom) sur la première page de saisie des données (**Profil**). La plupart des champs apparaissent en rose. La raison en est que ces champs sont vides et le système requiert que vous saisissez des données dans ces champs. Lorsque vous saisissez des données valides, la couleur passe au blanc. Lorsque vous avez saisi le nom (dans l'ordre Nom Prénoms), appuyez sur la touche <Envoi (Entrée)> et le curseur se placera dans le champ suivant. L'adresse est un champ facultatif, vous n'êtes pas obligé de le remplir si vous n'avez pas l'intention de rendre à nouveau visite aux patients à leur domicile. Pour savoir quelles valeurs sont autorisées dans chaque champ (et éviter de saisir des données incorrectes), nous vous prions de vous référer à l'Annexe 2 de ce document, intitulée "Instructions de codage pour le relevé d'opération de la cataracte".

Le "N° de série" qui apparaît à la page "Profil" est généré par l'ordinateur et ne peut pas être modifié par l'utilisateur. L'opérateur de saisie de données doit recopier ce numéro sur le ROC. Ce numéro de série relie l'enregistrement de l'ordinateur au dossier du même patient à l'hôpital.

Lorsque vous avez rempli le dernier champ de la première page et que vous appuyez sur la touche <Envoi (Entrée)>, le curseur va automatiquement se placer dans le premier champ de la deuxième page de saisie des données.

À la page intitulée "**Préopératoire**", le système de mesure de l'AV qui apparaît dans les boîtes de sélection "AV avec correction portée" et "AV avec meilleure correction" dépend du paramétrage sélectionné dans Utilitaires | Paramètres. Si vous souhaitez changer ce paramètre, vous devez d'abord fermer l'écran "Patients", sinon le changement de système de mesure de l'AV ne pourra pas être effectif.

Au bas de cette page, vous trouverez des champs facultatifs sur la réfraction préopératoire, la biométrie (K1, K2, longueur axiale), et la réfraction postopératoire visée. Ces champs sont utilisés pour la mesure des résultats, des complications et de la différence entre l'équivalent sphérique visé et réel, en fonction de divers paramètres techniques tels que le type et la puissance des LIO implantées et le type d'incision, de capsulotomie et de suture utilisé.

À la page intitulée "**Chirurgie**", vous pouvez sélectionner dans des boîtes de sélection modifiables l'identifiant de l'hôpital ou du camp où l'opération a été pratiquée et l'identifiant du chirurgien ayant opéré le patient. Il vous faut d'abord ajouter un nouvel hôpital/camp ou un nouveau chirurgien à la liste correspondante (en allant dans Fichier | Autres fichiers | Hôpitaux/Camps ou Chirurgiens) avant qu'il ne soit possible de sélectionner celui-ci dans les trois boîtes de sélection qui apparaissent sur cette page.



Sur cette page apparaissent également des champs facultatifs, qui concernent le type d'incision et de capsulotomie, le type et la puissance de la LIO implantée, et le type de suture. Si vous souhaitez rajouter des types de LIO supplémentaires, il vous faut d'abord les ajouter à la liste correspondante (en allant dans Fichier | Autres fichiers | Types de LIO) avant qu'il ne soit possible de les sélectionner sur la page "Chirurgie".

À la page intitulée "Postopératoire", la date de l'opération apparaît automatiquement. Vous devez saisir la date de la sortie, qui est exprimée en nombre de jours postopératoires. Si l'opération a lieu dans la journée et que le patient ne reste pas sur place, saisissez comme date de sortie la date du premier bilan après l'opération, soit habituellement le premier ou deuxième jour postopératoire.

À chaque fois que l'opérateur de saisie des données reçoit un ROC pour la première fois, il ou elle doit remplir tous les champs, soit les pages "Profil", "Préopératoire", "Chirurgie" et "Postopératoire" jusqu'aux conclusions au moment de la sortie, sauf les champs portant la mention "facultatif". Au cours de la saisie des données, le logiciel vérifie l'état complet des données saisies, ainsi que leur validité et leur cohérence. Si vous saisissez une donnée qui ne paraît pas cohérente ou semble très improbable, le champ concerné prendra alors une couleur rose. Si vous déplacez le curseur sur le même champ, un message d'erreur s'affichera. Si l'utilisateur ne rectifie pas cette incohérence et veut malgré tout sauvegarder l'enregistrement, un message d'erreur s'affichera pour signaler la même erreur.

Lorsque vous avez achevé de saisir les données concernant un enregistrement, sauvegardez vos données en cliquant sur le bouton "Enregistrer", le deuxième à partir de la gauche sur la barre d'outils, ou en cliquant sur Édition | Enregistrer, ou encore en tapant <Ctrl+S>. Un autre contrôle de cohérence pour identifier les données saisies incomplètes ou incohérentes est effectué avant la sauvegarde de l'enregistrement. Lorsqu'une erreur est suspectée, un message apparaîtra et le curseur se déplacera automatiquement vers la boîte comportant les données remises en question. Comparez alors les données saisies dans ce champ avec les données figurant sur le ROC originel et effectuez les corrections nécessaires. Si aucune erreur n'est détectée, l'enregistrement est automatiquement sauvegardé lorsque vous ouvrez un nouvel enregistrement ou un autre enregistrement existant.

Il faut noter que lorsque vous saisissez au clavier les données pour remplir un champ, les caractères que vous tapez dans ce champ apparaissent en noir. En passant au champ suivant, les mêmes caractères passent au rouge. Lorsque vous sauvegardez la totalité de l'enregistrement, toutes les données saisies dans cet enregistrement passent alors du rouge au bleu. Par conséquent, la couleur des données saisies vous permet de savoir si vous venez juste de saisir ces données ou si au contraire ces données étaient déjà enregistrées dans le fichier de données.

Lorsque l'opérateur a fini de saisir les données, il ou elle doit inscrire la date de la saisie et apposer sa signature ou ses initiales dans la marge gauche du ROC, au niveau de la ligne comportant les dernières données saisies. Ceci évitera de saisir deux fois les mêmes enregistrements. N'oubliez pas que la même personne opérée peut apparaître deux fois dans le fichier de données : un enregistrement pour chaque œil opéré. Il faut créer un enregistrement séparé pour chaque œil, même si les deux yeux sont opérés au cours d'une même séance.

Lorsque vous saisissez un enregistrement qui comporte le même nom, la même date d'opération et le même œil opéré qu'un autre enregistrement saisi auparavant, un message d'avertissement apparaît à l'écran. Vérifiez que les données correspondant à ce patient n'ont pas été saisies deux fois. Si c'est le cas, vous pouvez supprimer l'enregistrement en double en mettant en surbrillance cet enregistrement et en cliquant sur le bouton "Supprimer", le quatrième à partir de la gauche sur la barre d'outils, ou en tapant <Ctrl+Suppr>. Toutefois, si vous avez fait une faute de frappe en saisissant le nom, cela aura créé un nom différent et ce contrôle ne marchera pas. Par conséquent, nous vous conseillons de trier les noms par ordre alphabétique et de comparer une fois par mois le Nom, la Date d'opération et le Numéro d'inscription à l'hôpital et quel œil a été opéré (droit ou gauche), ceci afin d'identifier les doublons éventuels qui n'ont pas été détectés par l'ordinateur.

La bonne circulation des relevés d'opération de la cataracte est très importante pour la saisie des données. Dans la plupart des cas, le ROC reste avec le patient jusqu'à sa sortie. Il faut alors effectuer la saisie des données jusqu'au champ comportant la cause du mauvais résultat à la sortie (« Cause de l'AV avec correction portée <1/10 ») et signer le ROC pour indiquer que la saisie des données a été effectuée. Il faut alors amener le formulaire au service de consultation externe où les patients opérés seront reçus pour le suivi. Après chaque visite de suivi postopératoire, il faudra ajouter les conclusions de la visite à l'enregistrement créé après la sortie.

Vous disposez de plusieurs options pour récupérer un enregistrement existant afin d'y ajouter les données relatives aux visites de suivi. L'option la plus facile consiste à taper le nom du patient dans la boîte de saisie de recherche en haut de l'écran de saisie des données (intitulé "Patients"). Cette recherche n'est pas sensible à la casse : vous pouvez taper en majuscules ou en minuscules. Le premier enregistrement qui comporte ce nom apparaît alors en surbrillance dans le tableau qui figure sous la boîte de saisie de recherche et les

autres données concernant le même patient apparaissent dans les pages des quatre onglets situés sous le tableau. Pour ajouter des données relatives à une visite de suivi, cliquez sur l'onglet "Postopératoire" et saisissez ces données supplémentaires dans les champs correspondants à cette visite de suivi. Il faut savoir que lorsque vous effectuez des changements dans un champ de l'enregistrement, ces changements sont sauvegardés sur le disque dès que vous placez le curseur dans un autre enregistrement. Le fait de cliquer sur les boutons "Fermer" ou "Enregistrer" sur la barre d'outils, ou de taper <Ctrl+S> sauvegardera également l'enregistrement. N'oubliez pas de signer le ROC dans la marge à côté de la ligne portant les dernières données saisies. Vous pouvez changer le champ de recherche en "N° d'inscription à l'hôpital", "Adresse", "N° de série" ou encore "Date d'opération" dans la boîte de sélection modifiable sur la barre d'outils juste en dessous du menu principal. Le champ "Nom" y apparaît par défaut. Pour passer aux autres champs, cliquez sur la flèche située à droite de la boîte de sélection modifiable.

Dans le souci de préserver l'anonymat des patients, le fichier de données est toujours crypté sur le disque dur et les enregistrements sont illisibles. C'est seulement lorsque le programme est en cours d'exécution qu'il charge le fichier de données en mémoire, décrypte les données et effectue toutes les opérations.

## **Fichier | Quitter**

Pour fermer le programme, cliquez sur Fichier | Quitter, ou tapez <Alt+F4>, ou encore cliquez sur le bouton "Fermer" dans le coin en haut à droite de l'écran. Si vous avez modifié les données d'un fichier de données, le programme vous demandera si vous souhaitez effectuer une copie de sauvegarde des fichiers de données dans l'emplacement que vous avez indiqué sous Utilitaires | Paramètres.

## **Édition**

### **Édition | Couper, Copier, Coller**

Lorsque vous vous trouvez dans un enregistrement, vous pouvez sélectionner un texte et utiliser les fonctions Couper (raccourci clavier <Ctrl+X>), Copier (raccourci clavier <Ctrl+C>) et Coller (raccourci clavier <Ctrl+V>) comme dans tout logiciel Windows.

### **Édition | Nouveau**

Cliquez sur cette option pour créer un nouvel enregistrement. Vous pouvez également utiliser le raccourci clavier <Ctrl+Insérer> ou le bouton "Ajouter" sur la barre d'outils.

### **Édition | Supprimer**

Cliquez sur cette option pour supprimer un enregistrement. Vous pouvez également utiliser le raccourci clavier <Ctrl+Suppr> ou le bouton "Supprimer" sur la barre d'outils. Attention, une fois que vous avez supprimé un enregistrement, vous ne pouvez pas le retrouver en cliquant sur le bouton "Annuler".

## **Naviguer**

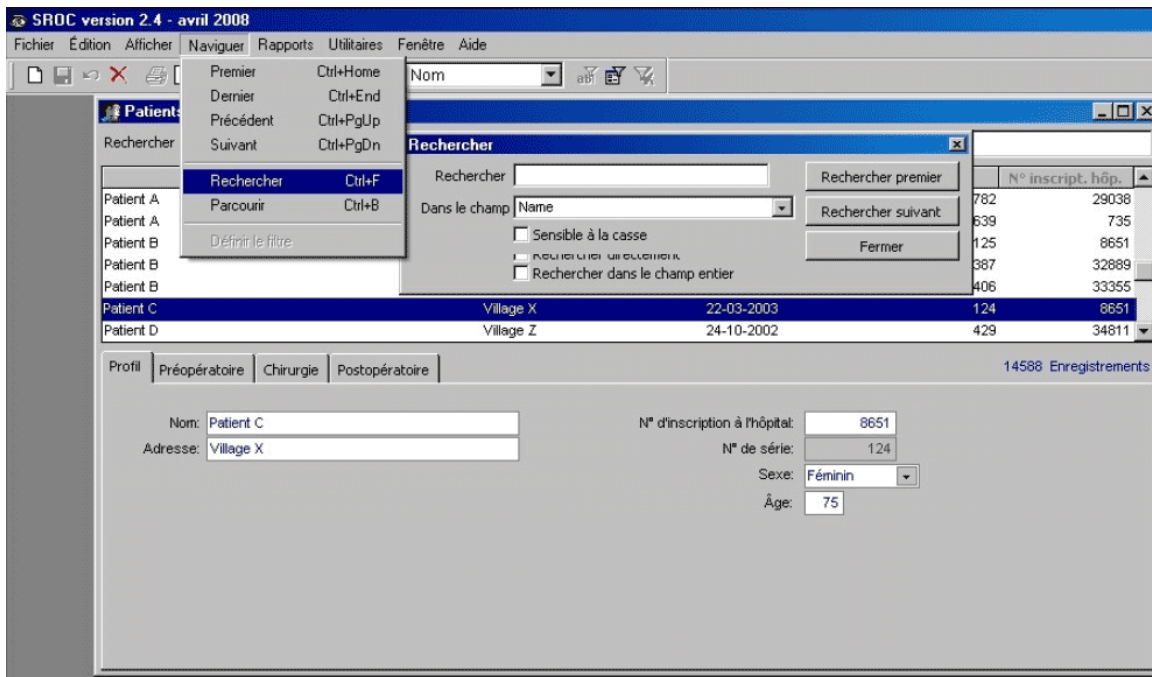
### **Naviguer | Premier, Dernier, Précédent, Suivant**

Ces options de menu vous permettent de vous déplacer entre les enregistrements. Vous pouvez également utiliser les raccourcis clavier indiqués ou les boutons de la barre d'outils (flèches rouges).

### **Naviguer | Rechercher**

Vous pouvez effectuer une recherche plus détaillée en allant dans Naviguer | Rechercher, ou en cliquant sur le bouton "Rechercher" sur la barre d'outils (représenté par des jumelles), ou encore en tapant <Ctrl+F>. Avec cette option, vous pouvez retrouver n'importe quel enregistrement par la valeur de n'importe lequel de ses champs. Sélectionnez d'abord le champ où vous souhaitez effectuer votre recherche. Lorsqu'il s'agit d'un champ à options fixes, vous pouvez sélectionner ces options en cliquant sur la flèche qui apparaît à droite de la boîte de sélection "Rechercher" (voir Figure 5).

Figure 5. Comment effectuer une recherche détaillée



## Naviguer | Parcourir

Cette option ouvre le tableau complet qui est utilisé pour l'écran de travail. Elle vous permet de voir la valeur de tous les champs dans l'ensemble des enregistrements de ce tableau, mais elle ne vous permet pas de modifier ces données. Vous pouvez également utiliser le raccourci clavier <Ctrl+B>.

## Naviguer | Définir le filtre

Cette option permet de sélectionner l'ensemble des enregistrements comportant une valeur précise dans un champ donné. Placez le curseur dans le champ sélectionné, disons le champ "Âge" avec une valeur de 60. Cliquez alors sur Naviguer | Définir le filtre ou cliquez sur le deuxième bouton à partir de la droite dans la barre d'outils ("Filtre de champ") et seuls les enregistrements des personnes âgées de 60 ans s'afficheront. Vous pouvez faire défiler la liste des cas ou bien les faire apparaître sous forme de tableau en cliquant sur Naviguer | Parcourir (ou en tapant <Ctrl+B>). Notez que la valeur dans le champ qui détermine le filtre apparaît en italique. Pour enlever le filtre, cliquez sur le bouton "Enlever tous les filtres", à l'extrême droite de la barre d'outils.

## Rapports

En cliquant sur Rapports dans le menu principal, vous ferez apparaître un sous-menu montrant les dix rapports qui peuvent être générés automatiquement. Sélectionnez le rapport que vous souhaitez produire et l'écran de dialogue "Faire un rapport" apparaîtra (voir Figure 6). Le titre du rapport apparaît en haut de cet écran de dialogue. Cliquez sur la flèche de cette boîte de sélection pour sélectionner n'importe lequel des autres rapports.

Sous "Fichier d'échantillon", vous pouvez sélectionner un ensemble spécial d'enregistrements de patients (voir aussi "Échantillonnage des patients" page 28). Lorsque vous avez sélectionné un ensemble de données spécial avec cette option, alors l'hôpital / le camp, le chirurgien et la période ont déjà été déterminés et ces champs sont par conséquent désactivés lorsque vous avez choisi l'option "Fichier d'échantillon".

Dans la boîte de sélection "Hôpital/Camp", sélectionnez l'hôpital/le camp sur lequel vous souhaitez produire un rapport. Si vous ne remplissez pas ce champ, l'analyse sera basée sur les enregistrements de l'ensemble des hôpitaux et/ou camps. Dans la boîte de sélection suivante ("Chirurgien"), sélectionnez le chirurgien sur lequel vous souhaitez produire un rapport. Si vous ne remplissez pas ce champ, l'analyse sera basée sur les enregistrements de tous les chirurgiens.

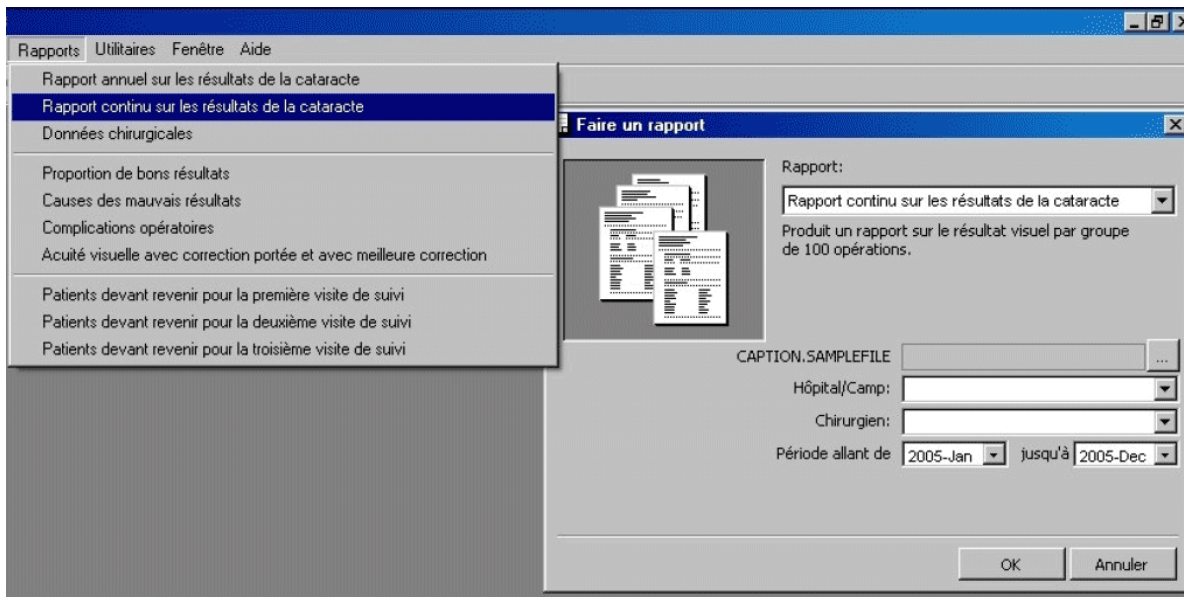
Dans la boîte à droite de "Période de", vous pouvez indiquer l'année et le mois correspondant au début de la période à inclure dans l'analyse et, dans la boîte à droite de "à", indiquer l'année et le mois correspondant à la fin de la période à inclure dans l'analyse. Le logiciel vérifie la date d'opération dans l'ensemble de données. Par défaut, le logiciel prend comme date de début le premier mois de l'année au cours de laquelle la première opération a été effectuée et il prend comme date de fin le dernier mois de l'année au cours de laquelle la dernière opération a été effectuée. Ceci signifie que tous les enregistrements dans l'ensemble de données sont inclus. Pour créer un rapport sur les opérations réalisées au cours d'une période définie, l'utilisateur doit cliquer sur les boîtes de sélection modifiables pour sélectionner une date de début et une date de fin. Une boîte de sélection supplémentaire apparaît pour deux types de rapport, "Causes des mauvais résultats" et "AV avec correction portée et avec meilleure correction". Cette boîte vous permet de sélectionner la durée de la période postopératoire.

Lorsque vous avez rempli tous les champs, cliquez sur "OK" pour afficher le rapport. Les trois premiers types de rapport ne contiennent que des tableaux ; les quatre du milieu comprennent un graphique et un tableau de données. Pour les trois derniers types de rapports, l'écran de dialogue "Faire un rapport" n'apparaît pas et les rapports apparaissent directement, montrant la liste de patients qui doivent revenir pour le suivi. Tous les types de rapports peuvent être lus à l'écran, imprimés ou sauvegardés sous forme de fichier.

Lorsqu'un rapport s'affiche à l'écran, de nouveaux boutons apparaissent sur la droite dans la barre d'outils : des boutons de navigation pour se déplacer dans les différentes pages du rapport, un bouton "Exporter" pour sauvegarder le rapport sous divers formats et une boîte de sélection pour changer la taille du rapport. Cliquez sur les flèches de navigation pour vous déplacer d'une page à l'autre.

Pour sauvegarder un rapport, cliquez sur le bouton "Exporter", le deuxième à partir de la droite dans la barre d'outils, et tapez un nom pour le document. Pour préserver la mise en page du rapport, il est préférable de sauvegarder ce dernier sous format RTF (Rich Text Format). Ce format de fichier présente un deuxième avantage : il peut être lu par toutes les versions de Word de Microsoft. Vous pouvez aussi sauvegarder le rapport sous format HTML ou Excel, si vous souhaitez créer des graphiques personnalisés. Pour imprimer un rapport, cliquez sur l'icône de l'imprimante dans la barre d'outils, ou cliquez sur Fichier | Imprimer, ou encore tapez <Ctrl+P>. Pour fermer un rapport, cliquez sur le bouton "Fermer" dans le coin en haut à droite de l'écran, ou bien cliquez sur Fichier | Fermer.

Figure 6. Le menu "Rapports" et l'écran de dialogue "Faire un rapport"



Si vous souhaitez produire plusieurs rapports pour le même hôpital/camp, le même chirurgien et la même période, alors laissez l'écran de dialogue "Faire un rapport" ouvert et sélectionnez les différents rapports dans la boîte de sélection modifiable tout en haut de cet écran de dialogue. Ceci permet de conserver les paramètres concernant l'hôpital/le camp, le chirurgien et la période. Lorsque vous fermez d'abord l'écran "Faire un rapport" et que vous sélectionnez ensuite un nouveau rapport à partir du menu principal, alors tous les paramètres concernant l'hôpital/le camp, le chirurgien et la période redeviennent à nouveau les paramètres par défaut.

## **Rapport annuel**

Le rapport annuel contient les tableaux suivants :

1. L'âge et le sexe des patients opérés
2. Le nombre d'opérations sur un premier œil et sur un second œil
3. La proportion de pathologies oculaires connues au niveau de l'œil opéré
4. L'AV de l'œil opéré avant l'opération, à la sortie et lors du suivi
5. L'AV du meilleur œil après l'opération, à la sortie, et lors du suivi
6. Les résultats Bons / Limites / Mauvais à la sortie par mois (AV avec la correction portée)
7. La proportion de résultats Bons / Limites / Mauvais par visite de suivi (AV avec la correction portée)
8. Les complications opératoires par mois
9. Les complications opératoires par lieu d'intervention chirurgicale
10. Les complications opératoires par niveau de formation des chirurgiens
11. Les complications opératoires par pathologie oculaire supplémentaire
12. Les complications opératoires par type d'intervention chirurgicale
13. Les causes de mauvais résultat à la sortie et lors du suivi
14. Le pourcentage de mauvais résultats visuels à la sortie et lors du suivi

## **Rapport continu**

Ce rapport analyse les résultats par groupes de 100 patients opérés.

1. Complications opératoires
2. Résultats Bons / Limites / Mauvais à la sortie
3. Causes de mauvais résultat à la sortie
4. Résultats Bons / Limites / Mauvais lors du suivi (4 semaines ou plus)
5. Causes de mauvais résultat lors du suivi (4 semaines ou plus)

## **Données chirurgicales**

Ce rapport contient les tableaux suivants :

1. Différence entre l'équivalent sphérique visé et réel par cas à 4-11 semaines après l'opération.
2. Différence entre l'équivalent sphérique visé et réel par cas à 12 semaines ou plus après l'opération.
3. Différence moyenne par mois entre l'équivalent sphérique visé et réel à 4-11 semaines après l'opération
4. Différence moyenne par mois entre l'équivalent sphérique visé et réel à 12 semaines ou plus après l'opération
5. Complications par type d'incision
6. Complications par type de capsulotomie
7. Complications par type de LIO
8. Complications par type de suture

## **Proportion de BONS résultats**

Graphique et tableau montrant la proportion de bons résultats par mois et par période postopératoire.

## **Causes des MAUVAIS résultats**

Graphique et tableau montrant la proportion et les causes des mauvais résultats par mois et par période postopératoire.

## **Complications opératoires**

Graphique et tableau montrant les complications chirurgicales par mois.

## **Acuité visuelle avec correction portée et avec meilleure correction**

Graphique et tableau montrant l'acuité visuelle avec la correction portée et avec la meilleure correction après l'opération à diverses périodes postopératoires par mois.

## **Patients devant revenir pour la première visite de suivi**

Ceci crée une liste des patients opérés qui doivent revenir pour une visite de suivi 1 à 3 semaines après l'opération, afin que l'on puisse enregistrer leur vision postopératoire. Seuls les patients ayant été opérés entre 1 et 3 semaines avant la date actuelle, qui ne se sont pas encore présentés pour ce bilan postopératoire, seront répertoriés dans cette liste. Ceci permet de retrouver les cas qui doivent revenir pour un suivi postopératoire et, par conséquent, d'augmenter le suivi.

## **Patients devant revenir pour la deuxième visite de suivi**

Ceci crée une liste des patients opérés qui doivent revenir pour une visite de suivi 4 à 11 semaines après l'opération pour que l'on puisse enregistrer leur vision postopératoire. Seuls les patients ayant été opérés entre 4 et 11 semaines avant la date actuelle, qui ne se sont pas encore présentés pour faire ce bilan postopératoire, seront répertoriés dans cette liste. Ceci permet de retrouver les cas qui doivent revenir pour un suivi postopératoire et, par conséquent, d'augmenter le suivi.

## **Patients devant revenir pour la troisième visite de suivi**

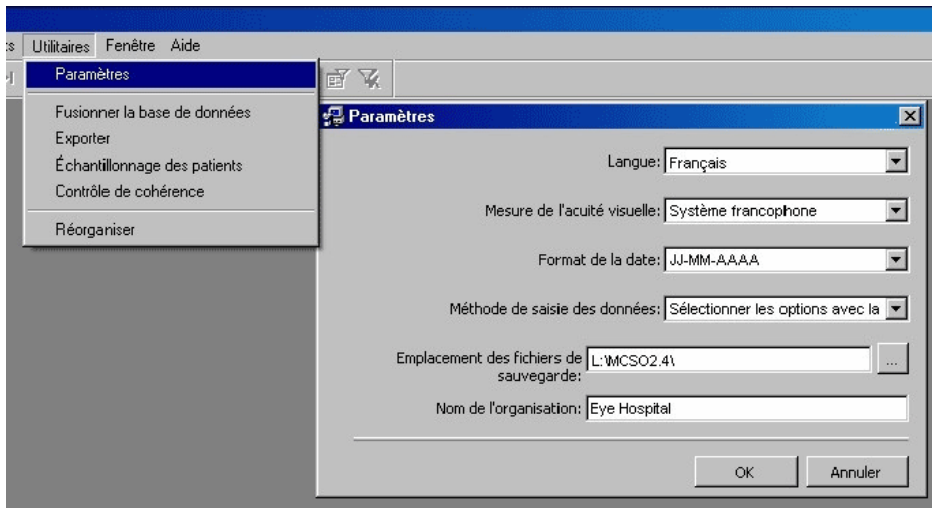
Ceci crée une liste des patients opérés qui doivent revenir pour une visite de suivi 12 semaines ou plus après l'opération, afin que l'on puisse enregistrer leur vision postopératoire. Seuls les patients ayant été opérés 12 semaines ou plus avant la date actuelle, qui ne sont pas encore présentés pour ce bilan postopératoire, seront répertoriés dans cette liste. Ceci permet de retrouver les cas qui doivent revenir pour un suivi postopératoire et, par conséquent, d'augmenter le suivi.

## **Utilitaires**

### **Utilitaires | Paramètres**

Lorsque vous cliquez sur cette option du menu, un écran de dialogue apparaît (voir Figure 7).

Figure 7. L'écran de dialogue "Paramètres"



L'écran "Paramètres" contient six paramètres importants pour le programme de surveillance des résultats des opérations de la cataracte :

- Langue : sélectionnez la langue du progiciel (anglais et français);
- Mesure de l'acuité visuelle: sélectionnez ici le système de notation de l'AV que vous souhaitez voir apparaître dans les boîtes de sélection sur le formulaire de saisie des données. Les options sont: système francophone, Snellen 6 mètres, Snellen 20 pieds, Décimal et LogMar;
- Format de la date : sélectionnez le format de date que vous souhaitez utiliser, soit jj-mmaaaa ou mm-jj-aaaa ;
- Méthode de saisie des données : sélectionnez la méthode de saisie des données, soit la méthode consistant à "Sélectionner l'option avec la souris" ou la méthode consistant à "Taper le numéro de code" au clavier. La deuxième méthode est plus rapide, en particulier lorsqu'une deuxième personne lit à haute voix les numéros de code à l'opérateur de saisie de données ;
- Emplacement des fichiers de sauvegarde : sélectionnez le chemin d'accès où les fichiers de données de sauvegarde vont être stockés. À chaque fois que l'utilisateur effectuera des changements dans la base de données, l'ordinateur lui demandera d'effectuer une sauvegarde des derniers changements. Le chemin par défaut est C:\documents and settings\all users\dataSORC\ La meilleure option est d'utiliser une carte mémoire flash pour la sauvegarde et de modifier l'emplacement de sauvegarde;
- Nom de l'organisation : tapez à cet endroit le nom et l'adresse de votre organisation. Ainsi, ce nom apparaîtra sur l'écran d'ouverture et en haut de tous les rapports.

#### Utilitaires | Fusionner la base de données

Soyez extrêmement prudents quand vous utilisez cette option ! Avant d'essayer de fusionner des fichiers de données, faites toujours des copies de sauvegarde de vos fichiers de données. Les codes et les enregistrements risquent de changer et si quelque chose se passe mal vous ne pourrez pas retourner en arrière.

Vous pouvez utiliser cette option pour importer des données d'une version antérieure vers la version actuelle (vide) du fichier de données ou bien pour fusionner différentes bases de données avec les données de SROC. Il est important de savoir que chaque fichier comportant des données relatives aux patients utilise des codes provenant de trois autres fichiers, précisant l'hôpital, le chirurgien ophtalmologiste et le type de LIO utilisé. Dans le fichier Patients, seuls les numéros de code correspondant aux informations fournies par ces trois fichiers sont stockés ; le nom (de l'hôpital, du chirurgien, etc.) n'est pas stocké dans le fichier Patients. Lorsque vous fusionnez des données relatives à des patients qui proviennent de fichiers différents, les codes correspondant aux types de LIO, aux chirurgiens, et aux hôpitaux/camps sont également ajoutés. Cela signifie que dans ces trois "autres fichiers" certaines options peuvent apparaître deux fois, chacune avec un numéro de code différent. Pour le fichier Patients, cela signifie que, par exemple, le même type de LIO "rigide en PMMA" peut avoir le code 1 dans certains enregistrements et le code 5 dans d'autres.

Pour créer un code unique pour le même type de LIO, allez dans Fichier | Autres fichiers | Types de LIO. Placez le curseur sur l'en-tête de colonne "Type de LIO" et cliquez. Les types de LIO seront alors triés par ordre alphabétique. Si vous constatez qu'un type de LIO apparaît deux fois, alors mettez en surbrillance celui qui doit être modifié et cliquez sur le bouton "Fusionner". Un petit écran de dialogue apparaît, avec une boîte de sélection modifiable. Cliquez sur la flèche et sélectionnez le code avec lequel vous souhaitez le fusionner ; ce doit être le code définitif. Cliquez sur le bouton "Fusionner" dans cet écran de dialogue et tous les codes originaux seront actualisés. Répétez cette procédure jusqu'à ce que vous ayez enlevé tous les codes en double. Suivez ensuite également la même procédure pour les chirurgiens et les hôpitaux/camps.

## Utilitaires | Exporter

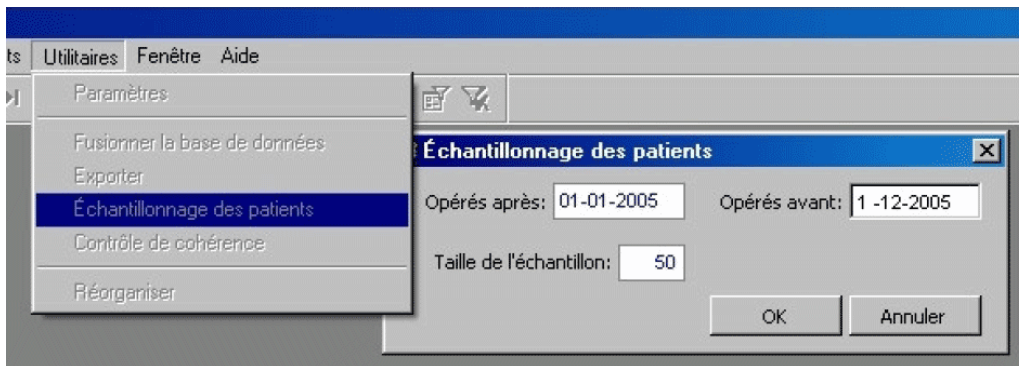
Cette option convertira la totalité du fichier Patients en un tableur Excel 2000 © pour permettre une analyse personnalisée en dehors du logiciel SROC. Dans le fichier exporté, les noms et les adresses des patients ont été enlevés pour préserver l'anonymat des patients.

## Utilitaires | Échantillonnage des patients

Lorsque moins de 80% des patients opérés reviennent pour le suivi, comme c'est le cas dans de nombreux pays en développement, les résultats de l'analyse deviennent moins fiables dans la mesure où l'on ignore les conclusions concernant les patients qui ne sont pas revenus pour le suivi. Est-ce que les personnes dont l'opération a donné de bons résultats ne reviennent pas pour le suivi parce qu'elles sont satisfaites ? Est-ce que les personnes qui ont obtenu un mauvais résultat ne reviennent pas pour le suivi parce qu'elles préfèrent aller voir un autre médecin ?

Pour surmonter cet obstacle, vous pouvez prendre un échantillon aléatoire d'au moins 50 patients, opérés au cours d'une période donnée, et rendre activement visite aux patients qui, parmi les 50 sélectionnés, ne sont pas revenus pour leur visite de suivi et mesurer leur AV. Lorsque vous sélectionnez ce menu, un écran de dialogue apparaît, intitulé "Échantillonnage des patients". Dans cet écran de dialogue, l'utilisateur peut indiquer le début et la fin de la période durant laquelle les patients ont été opérés, ainsi que la taille de l'échantillon (voir Figure 8). Le logiciel sélectionnera alors de façon aléatoire le nombre indiqué de patients parmi l'ensemble des patients opérés au cours de la période définie.

Figure 8. Écran de dialogue permettant de sélectionner un échantillon de patients pour un suivi actif.



Lorsque vous cliquez sur "OK", vous devez donner un nom à l'échantillon d'enregistrements de patients que vous venez de créer. Il peut être préférable d'utiliser l'année sélectionnée, soit par exemple "Échantillon\_2005". Le fichier sera sauvegardé sous ce nom. Vous ne pouvez ouvrir ce fichier que dans l'écran "Patients", en cliquant sur le bouton "Filtre de tableau" sur la barre d'outils (deuxième à partir de la droite) et en sélectionnant le nom du fichier de l'échantillon dans l'écran "Ouvrir un fichier". Vous pouvez maintenant imprimer les formulaires individuels, en cliquant sur Fichier | Aperçu avant impression. De cette façon, il devient beaucoup plus facile de compléter les données manquantes pour les patients de cet échantillon.

Les enregistrements de cet échantillon peuvent également être analysés comme un groupe séparé. Pour ce faire, allez dans le menu Rapports, sélectionnez le rapport requis et cliquez. Lorsque l'écran "Faire un rapport" apparaît, cliquez sur la flèche à droite de la boîte de sélection "Fichier d'échantillon" et sélectionnez le fichier d'échantillon que vous avez précédemment créé. Lorsque vous sélectionnez ce fichier, vous désactivez la possibilité de sélectionner l'hôpital, le chirurgien et la période, dans la mesure où cela a déjà été fait lorsque l'échantillon a été créé. Cliquez sur "OK" pour afficher le rapport sélectionné. Lorsque vous souhaitez créer d'autres rapports pour le même fichier d'échantillon, évitez de fermer l'écran "Faire un rapport", et sélectionnez un autre rapport dans la boîte de sélection modifiable en haut de cet écran.



## Utilitaires | Contrôle de cohérence

Malgré la présence de nombreux contrôles intégrés pour éviter les erreurs de saisie de données, l'expérience montre qu'il se produit quand même de telles erreurs. Si vous cliquez sur cette option, le programme vérifiera toutes les données saisies et recherchera les champs vides, les codes incorrects, les contradictions et les doublons (données saisies deux fois). Le programme produit alors une liste des enregistrements comportant de telles erreurs. Les enregistrements ayant les mêmes noms, la même date d'opération et les mêmes yeux opérés sont répertoriés comme doublons potentiels. Imprimez ce rapport et servez-vous en pour corriger les erreurs dans le fichier de données en les comparant avec les formulaires originels de Relevé d'opération de la cataracte (ROC). Une fois que vous avez effectué les corrections, exécutez à nouveau le contrôle de cohérence à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le programme ne détecte plus aucune erreur dans les enregistrements.

Le logiciel ne peut détecter toutes les erreurs. Si un homme a été opéré et a été enregistré en tant que femme, ceci ne va pas être détecté. Lorsque l'opérateur a saisi une vision postopératoire incorrecte, ceci peut ne pas être détecté comme une erreur. Par conséquent, il est important de vérifier attentivement toutes les données au cours de la saisie des données. Nous recommandons aux superviseurs de vérifier régulièrement la qualité de la saisie des données, en sélectionnant au hasard environ 20 formulaires de ROC et en comparant ces formulaires avec les données saisies dans la base de données.

Le bouton "Filtre de tableau" est également très pratique pour effectuer des corrections dans les enregistrements comportant des erreurs. Ouvrez l'écran "Patients", s'il n'est pas encore ouvert, en appuyant sur <F2>. À présent, cliquez sur le bouton "Filtre de tableau" et sélectionnez le fichier nommé PatFalse.dbf. Ce tableau, qui ne contient que les enregistrements comportant des erreurs, s'ouvrira alors dans l'écran "Patients". Il comporte une boîte supplémentaire au bas de la page de l'onglet "Profil", qui affiche les erreurs contenues dans l'enregistrement (voir Figure 9).

Figure 9. Correction des erreurs dans l'écran "Patients"

The screenshot shows the SRRC version 2.4 software interface. The main window is titled "Patients" and contains a table of patient records. Below the table is a detailed form for the "Profil" (Profile) tab, which includes fields for the date of operation, follow-up visits, and various clinical parameters.

Nom	Adresse	Date de l'opération	N° de série	N° inscript. hôp.
Patient A	Village Z	16-09-2004	3782	29038
Patient A	Village R	09-01-2003	2639	735
Patient B	Village Y	22-03-2003	125	8651
Patient B	Village X	19-10-2004	2387	32889
Patient B	Village X	19-10-2004	2406	33355
Patient C	Village X	22-03-2003	124	8651
Patient D	Village Z	24-10-2002	429	34811

**Profil** | Préopératoire | Chirurgie | Postopératoire | 14588 Enregistrements

Date de l'opération: 16-09-2004

Visites de suivi:

la sortie de l'hôpital, à: 1 jours postop.

	AV avec correction portée	AV avec meilleure correction	Cause d'AV avec correction portée inférieure à 1/10
1-3 sem. postop.	1/20	1/10	Chirurgie
4-11 sem. postop.	1/10	2,5/10	Chirurgie
12 sem. ou plus postop.	2,5/10	7/10 - 8/10	

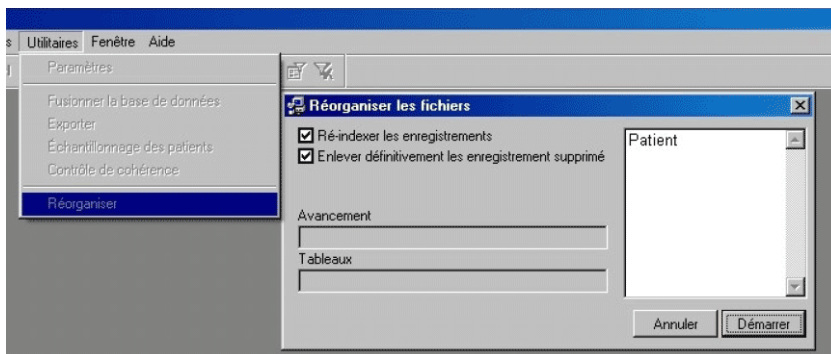
Facultatif: Réfraction postop.:

	sph:	cyl:	axe:	DES:
4-11 sem. postop.				
12 sem. ou plus postop.				

## Utilitaires | Réorganiser

Lorsque vous avez ajouté de nouveaux enregistrements et supprimé d'anciens enregistrements, les indices qui sont rattachés aux enregistrements et aux champs et qui facilitent les recherches doivent être actualisés et les enregistrements supprimés doivent être enlevés. Fermez toutes les fenêtres de saisie de données avant d'utiliser cette option. Cliquez sur Utilitaires | Réorganiser, cochez les cases avant "Ré-indexer" (pour créer de nouveaux indices) et "Condenser les tableaux" (pour définitivement enlever les enregistrements supprimés), puis cliquez sur "Démarrer". Une barre d'état permet de surveiller l'avancement de la réorganisation (voir Figure 10).

Figure 10. Réorganiser les fichiers de données



## Fenêtre

### Fenêtre | Réorganiser tout

Cliquez sur cette option pour réorganiser tous les écrans ouverts sur le bureau.

### Fenêtre | Cacher

Cliquez sur cette option pour cacher la fenêtre active.

### Fenêtre | Cycle

Cliquez sur cette option ou tapez <Ctrl+F6> pour activer une à une les fenêtres et les placer audessus. Une liste affichée en bas de ce sous-menu montre toutes les fenêtres ouvertes. Cochez une des fenêtres dans cette liste pour l'activer et la placer au-dessus.

## Aide

### Aide | Manuel

Cliquez sur cette option ou appuyez sur <F1> pour ouvrir le Manuel du progiciel SROC version 2.4. Le texte de ce fichier d'aide est exactement le même que celui du présent manuel. Des liens hypertextuels sont placés dans la "Table des matières" pour faciliter la navigation et la recherche des rubriques.

### Aide | Guide rapide

Il s'agit d'une version condensée du manuel, décrivant brièvement une succession d'instructions sur la manière d'utiliser le logiciel.

### Aide | Info

Ceci ouvre un écran d'information indiquant la version et l'année du progiciel, ainsi que les adresses de contact.

**Annexe 1.**

**RELEVÉ D'OPÉRATION DE LA CATARACTE (ROC)**

**A. PATIENT:**

Nom Prénoms \_\_\_\_\_  
 Adresse (facultatif) \_\_\_\_\_  
 Sexe: masculin: O (1)      féminin: O (2)

N° inscript. hôp. 

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

  
 N° de série 

--	--	--	--	--

  
 Âge 

--	--

 ans

**B. EXAMEN PRÉOPÉRATOIRE**

**Acuité visuelle:**

	Œil droit		Œil gauche	
avec correction portée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
avec meilleure correction / trou sténop.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Examen du cristallin:**

Cristallin clair	O (1)	O (1)
Opacité. Pas prêt pour chirurgie	O (2)	O (2)
Cataracte opérable	O (3)	O (3)
Cataracte inopérable	O (4)	O (4)
Aphaquie	O (5)	O (5)
Pseudophaquie	O (6)	O (6)
Examen impossible	O (7)	O (7)

**Autre pathologie oculaire dans l'œil opéré, susceptible d'affecter le résultat:**

Opacité cornéenne O (1)  
 Ancienne iritis O (2)  
 Pathologie rétinienne (DMLA, diabète, etc.) O (3)  
 Glaucome O (4)  
 Autre - préciser O (5)

**Catégories d'acuité visuelle (Francophone)**

<b>1</b> 9/10 à 10/10	<b>9</b> 1/50
<b>2</b> 7/10 à 8/10	<b>10</b> PL+
<b>3</b> 4/10 à 6/10	<b>11</b> PL-
<b>4</b> 3/10	<b>12</b> Examen impossible, estimer à <1/10
<b>5</b> 2/10	<b>13</b> Examen impossible, estimer à >1/10
<b>6</b> 1,5/10	
<b>7</b> 1/10	
<b>8</b> 1/20	

**Données cliniques:**

**Facultatif:** Œil à opérer: Droit: O (1) Gauche: O (2)  
 Réfraction: sph: 

--

 cyl: 

--

 axe: 

--

 Biométrie: K1 

--

 K2 

--

  
 Équiv. sphérique postop. visé: sph: 

--

 Longueur axiale: 

--

**C. CHIRURGIE**

**Date de l'opération:**

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

**Lieu de l'opération:** Hôpital de base O (1)  
 Autre hôpital O (2)  
 En dehors de l'hôpital O (3)

**Type d'opération:** EICC O (1)  
 EECC O (2)  
 CCPI O (3)  
 Phaco O (4)

**LIO:** LIO de CP O (1)  
 LIO de CA O (2)  
 Pas de LIO O (3)

**Identifiant Hôpital/Camp** \_\_\_\_\_  
**Identifiant chirurgical** \_\_\_\_\_

**Formation:** Ophthalmologiste O (1)  
 Résident / en formation O (2)  
 Opérateur de cataracte O (3)

**Complications opératoires dans l'œil opéré:**

Aucune O (1)  
 Rupture capsule sans issue de vitré O (2)  
 Issue de vitré O (3)  
 Déhiscence zonulaire O (4)  
 Reliquats matériel cristallinien O (5)  
 Fuite de la plaie O (6)  
 Kératite striée O (7)  
 Endophtalmie O (8)  
 Autres O (9)

<b>Facultatif: Incision</b>	<b>Capsulotomie</b>	<b>Type de LIO</b>	<b>Suture</b>	
Cornéenne O (1)	Linéaire O (1)	_____	Pas de suture O (1)	
Limnique O (2)	Capsulorhexis cont. curv. O (2)		Surjet O (2)	
Tunnel O (3)	Timbre poste O (3)	Puissance de LIO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Points séparés O (3)
	Autre O (4)		N° points suture <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>	

**D. ACUITÉ VISUELLE POSTOP. DE L'ŒIL OPÉRÉ**

Cause d'AV avec correction portée <1/10 (code 8, 9, 10, 11, 12)

Visites de suivi postop:	AV CP	AV MC	Sélection	Chirurgie	Lunettes	Séquelles							
A la sortie de l'hôpital <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table> jours postop.		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		O (1)	O (2)	O (3)					
1-3 sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		O (1)	O (2)	O (3)	O (4)
4-11 sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		O (1)	O (2)	O (3)	O (4)
12+ sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		O (1)	O (2)	O (3)	O (4)

**Facultatif: Réfraction postop.**

4-11 sem. postop.	Sph <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Cyl <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Axe <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		12+ sem. postop.	Sph <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Cyl <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Axe <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>	

## **Annexe 2. Instructions de codage pour le relevé d'opération de la cataracte (ROC)**

Vous devez remplir un relevé d'opération de la cataracte (ROC) pour chaque œil opéré de la cataracte (au cas où tous les patients seraient inclus dans la surveillance des résultats visuels) ou pour les patients aléatoirement sélectionnés pour le suivi. Si le même patient est opéré du second œil pour la cataracte à une date ultérieure, vous devrez remplir un nouveau formulaire pour la deuxième opération. Chaque œil opéré doit être traité comme un événement distinct.

Vous devez remplir les lignes (nom du patient, adresse, etc.) avec du texte. Dans les cases, vous devez inscrire un nombre. Quant aux cercles, ils peuvent être noircis ou cochés. Pour chaque paramètre, vous ne pouvez cocher qu'un seul cercle. Vous devez remplir tous les champs, à l'exception de ceux qui portent la mention "facultatif". Écrivez lisiblement et prenez l'habitude de vérifier l'ensemble des données que vous avez écrites sur le ROC avant d'envoyer celui-ci à la saisie. Il faut savoir que l'opérateur de saisie, qui n'a pas vu le patient et qui, dans la plupart des cas, n'est pas un chirurgien ophtalmologiste, ne fait généralement pas d'erreur lors du transfert de vos conclusions du ROC vers l'ordinateur. Lorsqu'une donnée qui figure sur un ROC ne peut être introduite dans la base de données à cause d'un message d'erreur, l'opérateur de saisie doit renvoyer ce ROC au chirurgien ophtalmologiste et lui demander de le vérifier.

L'annexe 1 montre un ROC utilisant le système francophone de mesure de l'AV. Des formulaires de ROC similaires avec des AV mesurées par les systèmes Snellen 6 mètres, Snellen 20 pieds, décimal et LogMar, sont également fournis.

Il faut noter que les patients suivants pourraient être exclus de la surveillance des résultats, en raison du fait que, dans ces cas, le résultat visuel attendu à l'issue de la chirurgie de la cataracte peut ne pas être optimal :

- les personnes opérées de la cataracte dont l'âge est inférieur à 20 ans
- les personnes présentant une cataracte traumatique
- les personnes ayant subi des procédures combinées (c'est-à-dire chirurgie de la cataracte et greffe de cornée, ou chirurgie de la cataracte et trabéculéctomie, etc.)

### **A. Patient**

#### **Nom**

Inscrivez d'abord le nom de famille, suivi par le(s) prénom(s). Le nom ne doit pas comporter plus de 23 caractères. Les noms n'apparaissent pas dans l'analyse, mais ils servent à identifier les enregistrements pour la saisie des données de suivi postopératoire.

#### **Adresse**

Inscrivez l'adresse afin de pouvoir identifier et localiser le patient. L'adresse ne doit pas comporter plus de 40 caractères. Ce champ n'est pas utilisé pour l'analyse. Si vous n'avez pas l'intention de faire le suivi des patients, vous pouvez sauter ce champ.

#### **N° d'inscription à l'hôpital**

Inscrivez à cet endroit le numéro d'inscription à l'hôpital du patient. Ceci pourra vous aider à retrouver les dossiers médicaux des patients.

#### **N° de série**

Ce numéro sera généré par l'ordinateur. Il est utilisé pour la sélection d'un échantillon aléatoire pour les études de suivi. L'opérateur de saisie doit inscrire le numéro de série qui s'affiche à l'écran de l'ordinateur sur le ROC correspondant. Ce numéro de série est unique et ne peut apparaître deux fois.

#### **Sexe**

Cochez "Masculin" ou "Féminin".

## Âge (en années)

Pour les âges compris entre 20 et 98 ans, inscrivez l'âge en années. Pour les âges de 99 et plus, inscrivez "99". Il ne faut pas remplir un relevé d'opération de la cataracte lorsque le patient a moins de 20 ans. L'ordinateur autorise uniquement la saisie des âges compris entre 20 et 99 ans.

## B. Examen préopératoire

### Acuité visuelle avec la correction portée (œil droit et œil gauche)

Mesurez l'acuité visuelle de chaque œil séparément, avec la correction disponible, le cas échéant (= acuité visuelle avec la correction portée). Utilisez les catégories d'AV qui sont énumérées dans la case à droite ("Catégories d'acuité visuelle") et notez l'acuité visuelle à côté de "AV" sur la ligne correspondante. Vous pouvez utiliser le système francophone, LogMar, décimal, Snellen 6/60 ou Snellen 20/200. Si vous souhaitez changer le système de mesure de l'acuité visuelle pour la saisie des données, fermez d'abord l'écran "Patients", puis cliquez sur Utilitaires | Paramètres et sélectionnez le système d'AV de votre choix.

### AV avec meilleure correction (œil droit et œil gauche)

Mesurez l'acuité visuelle avec la meilleure correction possible. Si la réfraction ne peut être faite, la vision avec le trou sténopéique peut remplacer la meilleure correction. Utilisez les catégories d'AV énumérées dans la case à droite ("Catégories d'acuité visuelle") et inscrivez l'acuité à côté de "AV" sur la ligne correspondante. Vous pouvez utiliser le système francophone, Snellen 6/60, Snellen 20/200, décimal ou LogMar. L'AV avec meilleure correction ne peut être pire que l'acuité visuelle avec la correction portée. Si tel est le cas, vous ne pourrez pas continuer tant que vous n'aurez pas saisi les données correctes.

### Examen du cristallin (œil droit et œil gauche)

Vous devez examiner le cristallin des deux yeux. Pour chaque œil, vous ne devez cocher qu'une seule option. Au moins un des deux yeux doit avoir une cataracte opérable ; sinon, il n'y a aucune indication pour la chirurgie de la cataracte. Ne cochez "Examen impossible" que dans les cas où le cristallin ne peut être vu, comme en cas de phtisie du globe, de cicatrice cornéenne dense, etc.

### Autre pathologie oculaire au niveau de l'œil opéré ?

Cochez l'une des autres pathologies oculaires concomitantes au niveau de l'œil opéré, susceptible d'affecter le résultat. Notez "taie cornéenne", "ancienne iritis", "pathologie rétinienne", "glaucome", ou "autre" et précisez l'affection. S'il n'y a pas de pathologie oculaire concomitante, inscrivez "Aucune".

### Facultatif :

Les champs de cette rubrique sont facultatifs et peuvent ne pas être remplis. Ces données supplémentaires ne concernent que l'œil à opérer.

#### Œil à opérer

Notez l'œil qui doit être opéré.

#### Réfraction préopératoire

Sp (sphérique) : valeurs autorisées : -15 à +15

Cyl (cylindrique) : valeurs autorisées : 0 à -10

Axe : valeurs autorisées : 0 à 180

## Biométrie

K1 (courbure la plus élevée) valeurs autorisées : 35 à 50

K2 (courbure la plus faible) valeurs autorisées : 35 à 50

Longueur axiale valeurs autorisées : 20 à 27

## Équivalent sphérique postopératoire ciblé

Formule : Équivalent sphérique = correction sphérique + correction cylindrique/2

Les valeurs autorisées sont : -10 à +5

Entrez la réfraction postopératoire ciblée en équivalent sphérique (ES) pour cette opération. À titre d'exemple, lorsque vous visez -1, notez "-1". Si l'emmétropie est votre but, notez "0". Lorsque vous visez par exemple, Sph= -3 et Cyl= -1, entrer "-3,5" ( $ES = -3 + (-1 / 2)$ ). Le programme calculera la différence en équivalent sphérique entre la réfraction estimée et la réfraction réelle obtenue après l'opération.

## C. Chirurgie

### Date de l'opération

Inscrivez la date de l'opération de la cataracte au format souhaité tel que jj-mm-aa (format par défaut). Si vous préférez le format mm-jj-aa, sélectionnez cette option dans Utilitaires | Paramètres. Vous pouvez saisir "02" pour l'année 2002.

### Lieu de l'opération

Notez l'endroit où l'opération a été effectuée.

### Œil opéré

Notez l'œil qui été opéré.

### Type d'opération

Notez la technique chirurgicale utilisée. "CCPI" signifie "Chirurgie de la cataracte à petite incision" ou la méthode Blumenthal.

### LIO

Notez le type de LIO qui a été utilisé. L'EICC ne peut être combinée avec une LIO de chambre postérieure.

### Identifiant de l'Hôpital/du camp

Si vous avez l'intention d'analyser les résultats par hôpital/hôpitaux ou camp(s), vous devez créer un code pour chaque hôpital, clinique ou camp dans Fichier | Autres fichiers | Hôpitaux/Camps. Assurez-vous que tout le personnel participant connaît ces codes et les utilise correctement. Ceci permettra d'analyser le résultat visuel des opérations de la cataracte pour chacun des centres codés ou pour l'ensemble des centres en même temps. Même si tous les relevés ne proviennent que d'un centre unique, vous devez saisir un numéro et un nom dans le fichier Hôpitaux /Camps.

### Identifiant du chirurgien

Si vous souhaitez analyser les résultats par chirurgien, vous devez créer un code pour chaque chirurgien dans Fichier | Autres fichiers | Chirurgiens. Assurez-vous que tous les chirurgiens ophtalmologistes connaissent ces codes et les utilisent correctement. Il est possible d'analyser le résultat visuel des opérations de la cataracte pour chaque chirurgien ayant son propre code ou pour l'ensemble des chirurgiens en même temps. Même si tous les relevés proviennent d'un chirurgien unique, vous devez saisir un numéro et un nom dans le fichier Chirurgiens.

## Formation

Inscrivez le niveau de formation du chirurgien. Le terme "Opérateur de cataracte" est réservé aux non-médecins, spécialement formés et qualifiés pour pratiquer la chirurgie de la cataracte.

## Complications peri-opératoires au niveau de l'œil opéré

Notez s'il y a eu des complications peri-opératoires au niveau de l'œil opéré. Vous ne pouvez cocher qu'une seule complication. Lorsqu'il y a plus d'une complication, inscrivez la principale complication, celle qui est la plus (probablement) responsable de la diminution de la vision postopératoire. Au cas où la complication ne figurerait pas dans la liste, cochez "Autre" et précisez l'affection.

## Facultatif :

Les champs de cette rubrique sont facultatifs et peuvent ne pas être remplis. Ces données ne concernent que l'œil opéré.

### Incision

Notez l'endroit et le type de l'incision.

### Capsulotomie

Notez le type de capsulotomie.

### Type de LIO

Établissez une liste des LIO les plus communément utilisées et saisissez les codes et les noms de ces LIO dans Fichier | Autres fichiers | Types de LIO. Assurez-vous que tous les chirurgiens ophtalmologistes connaissent ces codes et les utilisent correctement.

### Puissance de la LIO

Notez la puissance de la LIO implantée. Les valeurs autorisées sont comprises entre +8 et +30 dioptries.

### Suture

Notez le type de suture utilisé.

### Nb. de points de suture

Lorsqu'il s'agit de points séparés, vous pouvez noter le nombre de points de suture (entre 1 et 9). Lorsque vous avez noté "Pas de suture" dans la section "Suture", vous devez noter ici la valeur "0". Si vous avez noté "Surjet" dans la section "Suture", vous devez noter ici la valeur "1".

## D. Acuité visuelle postopératoire de l'œil opéré

L'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) peut être mesurée à différents moments après l'opération. Vous devez effectuer la première mesure de l'AV le jour de la sortie. Si le patient a été opéré et renvoyé le même jour, et si vous avez prévu de le revoir après un ou deux jours, alors vous pouvez effectuer l'enregistrement des résultats à la sortie lors du premier ou deuxième jour postopératoire.

### Nb. de jours entre l'opération et la sortie

Inscrivez le nombre de jours écoulés entre l'opération proprement dite et le jour où vous avez effectué l'évaluation de sortie. Vous pouvez saisir une valeur comprise entre 1 et 7 jours. Si le patient est renvoyé plus de 7 jours après l'opération, notez alors les conclusions au 7ème jour et notez-les sur cette ligne. Lorsque les patients sont opérés et rentrent chez eux le même jour, pour ensuite revenir faire leur bilan le premier ou deuxième jour postopératoire, notez "1" ou "2" respectivement dans la

case correspondant au "Nb.de jours entre l'opération et la sortie" et mesurez l'AV ce jour-là. Vous devez impérativement remplir ce champ.

#### **Sortie – Acuité visuelle avec la correction portée**

Inscrivez l'acuité visuelle de l'œil opéré avec la correction disponible, le cas échéant, sur la ligne correspondante à côté de "AV". Utilisez les catégories d'AV énumérées dans la case à droite ("Catégories d'acuité visuelle") et inscrivez le code correspondant à l'acuité mesurée à côté de "AV" sur la ligne correspondante. Vous pouvez utiliser le système francophone, Snellen 6/60, Snellen 20/200, décimal ou LogMar. Vous devez impérativement remplir ce champ.

#### **Sortie – AV avec meilleure correction**

Inscrivez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) avec la meilleure correction. Si vous ne pouvez pas effectuer la réfraction, vous pouvez utiliser la vision avec le trou sténopéique. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies. Vous devez impérativement remplir ce champ et l'"AV avec meilleure correction" ne peut être pire que l'acuité visuelle avec la correction portée.

#### **Sortie – Cause de l'acuité visuelle avec la correction portée <1/10**

Si l'acuité visuelle avec la correction portée à la sortie est inférieure à 1/10, cochez l'une des trois causes de mauvais résultat. Si l'acuité visuelle avec la correction portée à la sortie est égale à 1/10 ou meilleure, n'inscrivez rien dans ce champ.

#### **1-3 semaines après l'opération (première visite de suivi) – Date**

La première visite de suivi doit avoir lieu 1 à 3 semaines après l'opération. Inscrivez la date sous la forme jj/mm/aaaa ou mm/jj/aaaa. Les seules valeurs autorisées dans ce champ sont les dates comprises entre 1 et 3 semaines après la date de l'opération.

#### **1-3 semaines après l'opération – Acuité visuelle avec la correction portée**

Lors de cette visite de suivi, entre 1 à 3 semaines après l'opération, notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil), avec les lunettes dont dispose le patient, le cas échéant. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies.

#### **1-3 semaines après l'opération – AV avec meilleure correction**

Notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) avec la meilleure correction ou l'acuité visuelle avec le trou sténopéique. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies. L'AV avec meilleure correction ne peut être pire que l'acuité visuelle avec la correction portée.

#### **1-3 semaines après l'opération – Cause d'AV avec la correction portée <1/10**

Si l'acuité visuelle avec la correction portée lors de la première visite de suivi est pire que 1/10, vous devez cocher l'une des quatre causes de mauvais résultat. Vous pouvez noter ici les séquelles postopératoires, telles que le décollement de rétine, l'opacification de la capsule postérieure, etc. Vous ne pouvez cocher qu'une seule cause. S'il y a plus d'une cause susceptible d'expliquer le mauvais résultat, sélectionnez la cause qui contribue le plus au mauvais résultat. Si l'acuité visuelle avec la correction portée à la sortie est de 1/10 ou meilleure, n'inscrivez rien dans les cases sous "Cause".

#### **4-11 semaines après l'opération (deuxième visite de suivi) – Date**

La deuxième visite de suivi doit avoir lieu 4 à 11 semaines après l'opération. Inscrivez la date sous la forme jj/mm/aaaa ou mm-jj-aaaa. Les seules valeurs autorisées dans ce champ sont les dates comprises entre 4 et 11 semaines après la date de l'opération.



#### **4-11 semaines après l'opération – Acuité visuelle avec la correction portée**

Lors de la deuxième visite de suivi, entre 4 à 11 semaines après l'opération, notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil), avec les lunettes dont dispose le patient, le cas échéant. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies.

#### **4-11 semaines après l'opération – AV avec meilleure correction**

Notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) avec la meilleure correction ou avec le trou sténopéique. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies. L'AV avec meilleure correction ne peut être pire que l'acuité visuelle avec la correction portée.

#### **4-11 semaines après l'opération – Cause d'AV avec la correction portée <1/10**

Si l'acuité visuelle avec la correction portée lors de la deuxième visite de suivi est <1/10, vous devez cocher l'une des quatre causes de mauvais résultat. S'il y a plus d'une cause susceptible d'expliquer le mauvais résultat, sélectionnez la cause qui contribue le plus à ce mauvais résultat. Si l'acuité visuelle avec la correction portée à la sortie est de 1/10 ou meilleure, n'inscrivez rien dans les cases sous "Cause".

#### **12 semaines ou plus après l'opération (troisième visite de suivi) – Date**

La troisième visite de suivi doit s'effectuer 12 semaines ou plus après l'opération. Inscrivez la date sous le format jj/mm/aaaa ou mm-jj-aa. Les seules valeurs autorisées dans ce champ sont les dates de 12 semaines ou plus après l'opération.

#### **12 semaines ou plus après l'opération – Acuité visuelle avec la correction portée**

Lors de la troisième visite de suivi, 12 semaines ou plus après l'opération, notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) avec les lunettes dont dispose le patient, le cas échéant. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies.

#### **12 semaines ou plus après l'opération – AV avec meilleure correction**

Notez l'acuité visuelle de l'œil opéré (uniquement cet œil) avec la meilleure correction ou avec le trou sténopéique. Utilisez les catégories d'AV qui vous sont fournies. L'AV avec meilleure correction ne peut être pire que l'acuité visuelle avec la correction portée.

#### **12 semaines ou plus après l'opération – Cause d'AV avec la correction portée <1/10**

Si l'acuité visuelle avec la correction portée lors de la troisième visite de suivi est <1/10, vous devez cocher l'une des quatre causes de mauvais résultat. S'il y a plus d'une cause susceptible d'expliquer le mauvais résultat, sélectionnez la cause qui contribue le plus à ce mauvais résultat. Si l'acuité visuelle avec la correction portée à la sortie est de 1/10 ou meilleure, n'inscrivez rien dans les cases sous "Cause".

#### **Facultatif :**

Les champs de cette rubrique sont facultatifs et peuvent être ignorés. Les renseignements supplémentaires concernent uniquement l'œil qui a été opéré.

#### **Réfraction à 4-11 semaines après l'opération**

Sp (sphérique) : valeurs autorisées : -15 à +15

Cyl (cylindrique) : valeurs autorisées : 0 à -10

Axe : valeurs autorisées : 0 à 180

DES : valeur calculée : différence entre l'équivalent sphérique visé et l'équivalent sphérique réel

### **Réfraction à 12 semaines ou plus après l'opération**

Sp (sphérique) : valeurs autorisées : -15 à +15

Cyl (cylindrique) : valeurs autorisées : 0 à -10

Axe : valeurs autorisées : 0 à 180

DES : valeur calculée : différence entre l'équivalent sphérique visé et l'équivalent sphérique réel