

PATIENT IDENTIFICATION CARD
CARTE IDENTIFICATION PATIENT

For Hydrocephalus
SOPHY® Adjustable Valve

Must always be carried by the patient
Doit être portée en permanence par le patient

NAME:
Nom

FIRST NAME:
Prénom

DATE OF BIRTH:
Date de Naissance

ADDRESS:
Adresse

TEL:



5 rue Guy Moquet - 91400 ORSAY - France
Tel. +33 (0)1 69 35 35 00 - Fax: +33 (0)1 69 35 36 90
SOPHYSA USA Inc. : 303 S Main Street, Crown Point IN 46307 - USA
Tel. +1 219 663 7711 - Fax: +1 219 663 7741

DATE	⑤	⑥
DOCTOR Médecin		
HOSPITAL Hôpital		
TEL		
FAX		
PRESSURE Pression MMH ₂ O MMH ₂ O
X-RAY Radiographie	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CT-SCAN Scanner	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MRI IRM	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOTES		

The adjustment spring of Sophy® valves is calibrated in order to make the magnetic rotor insensitive to the influence of everyday magnetic fields. Magnetic fields generated by airport security doors, microwave oven, mobile phone, high tension wire, TV, etc., should not affect the pressure setting.

The permanent magnets in domestic appliances, toys, audio headphones, loudspeakers, and electromagnetic fields created by electric motors in shavers, hair dryers, clippers, etc., while turned on, can modify the pressure setting. Thus, in order to prevent any risk of pressure alteration, they must not be brought close to the valve site. MRI exposure can alter the pressure setting of the Sophy® valve.

It is the responsibility of the physician to inform the patient or the patient's family to avoid all activity exposing the device to shocks (violent sports, etc.) or to a strong magnetic or electromagnetic field, likely to cause dysadjustment of the pressure setting. The valve pressure setting must systematically be confirmed before and after exposure to MRI, after strong magnetic or electromagnetic field exposure, and in case of a shock on the implantation site.

Unexplained change of the pressure setting has been reported. Abnormal clinical signs between two appointments must lead to urgent neurosurgical advice.

Le ressort d'indexage de la valve ajustable Sophy® est calibré de manière à rendre le rotor magnétique insensible à l'influence des champs magnétiques courants. Les champs magnétiques générés par les portiques de détection des aéroports, fours à micro-ondes, téléphones sans fils, lignes à haute tension, TV, etc., ne devraient pas affecter la pression de fonctionnement. Les aimants permanents, ménagers, de certains jouets, des casques audio, des haut-parleurs, ainsi que les champs magnétiques créés par les moteurs électriques des rasoirs, sèche-cheveux, tondeuses, en fonctionnement, etc., peuvent dérégler la valve. Il est donc conseillé de ne pas les approcher trop près du site d'implantation de la valve afin de prévenir tout risque de changement de la pression de fonctionnement de la valve. L'exposition à l'IRM est susceptible de dérégler la valve ajustable Sophy®.

Il est de la responsabilité du médecin d'informer le patient ou sa famille, que le porteur de la valve doit éviter toute activité exposant le dispositif à des chocs (sport violent,...) ou à un champ magnétique ou électromagnétique puissant, susceptibles d'entraîner un dérèglement du dispositif. Les réglages de pression doivent être systématiquement vérifiés avant et après l'exposition à l'IRM, après exposition à un champ magnétique ou électromagnétique puissant et en cas de choc au niveau du site d'implantation.

Des cas de changement inexpliqués de la pression de fonctionnement de la valve ont été rapportés. En cas de symptômes cliniques anormaux entre deux consultations, consulter impérativement le neurochirurgien.

IMPLANTATION

POST-OPERATION FOLLOW-UP/SUIVI POST-OPERATOIRE

DATE: HOSPITAL:
Hôpital

DOCTOR'S NAME:
Nom du médecin

TEL: FAX:

SHUNT METHOD: V-P V-A L-P

IMPLANTATION SITE: SKULL INFRACLAV.FOSSA FLANK

SELECTED PRESSURE: MM H₂O
Pression sélectionnée

DATE	①	②	③	④
DOCTOR <i>Médecin</i>				
HOSPITAL <i>Hôpital</i>				
TEL				
FAX				
PRESSURE <i>Pression</i> MMH ₂ O MMH ₂ O MMH ₂ O MMH ₂ O
X-RAY <i>Radiographie</i>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CT-SCAN <i>Scanner</i>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MRI <i>IRM</i>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOTES				