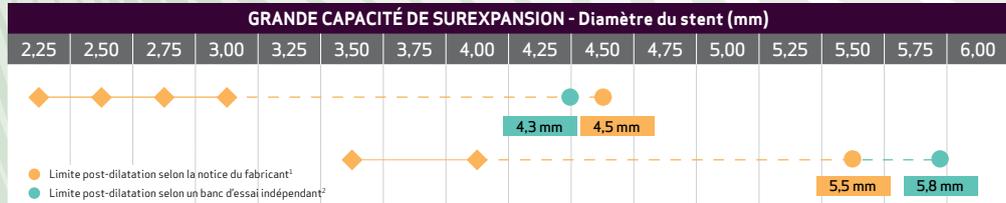
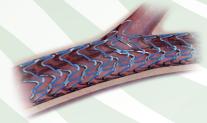


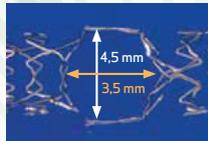
# Ultimaster™ Tansei™

Stent coronaire à libération de sirolimus



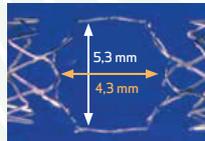
## ACCÈS FACILE À LA BRANCHE LATÉRALE<sup>3</sup>

Ø 2,25–3,0 mm



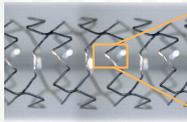
Cathéter à ballonnet non compliant Ø 4,0 mm, pression nominale

Ø 3,5–4,0 mm

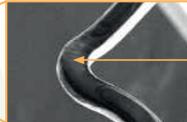


Cathéter à ballonnet non compliant Ø 5,0 mm, pression nominale

## TECHNOLOGIE DE REVÊTEMENT À GRADIENT POUR MAINTENIR L'INTÉGRITÉ DU POLYMÈRE, MÊME EN CAS DE SUREXPANSION<sup>4</sup>



Ø4,0-12 mm Ultimaster Tansei a une expansion max. de 5,5 mm<sup>4</sup>



Grossissement 150x

Pas de revêtement de principe actif sur les parties du stent qui subissent le plus de contraintes physiques

**DAPT 1 MOIS<sup>5</sup>**

Inclus dans la notice pour les patients devant arrêter la bithérapie précocement<sup>4</sup>

1. L'agrément CE a été reçu le 2 août 2019. La notice sera mise à jour afin de refléter les limites post-dilatation spécifiées. 2. Ng J et al. Int J Cardiol 2016;221:171-9. 3. Test ISCD-523-31-34 réalisé et consigné par Terumo Corporation - Méthode de test: dilater une cellule avec un ballonnet à la pression nominale. 4. Saito N et al. Medical Devices: Evidence and Research 2016;9:33-43. 5. Les patients doivent poursuivre un traitement antiplaquettaire postopératoire cliniquement adapté conformément aux directives en vigueur. Si nécessaire, le double traitement antiplaquettaire peut être arrêté précocement mais pas avant un mois. 6. Notice de l'Ultimaster™ Tansei™, version 01-2018.

from ACCESS to CLOSURE™



CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
(\*) De l'abord à la fermeture

Tansei™ Ø 2,75mm, code LPP : 3153856, Ultimaster™ Tansei™, Ø 3,00mm, code LPP : 3129728, Ultimaster™ Tansei™ Ø 3,50mm, code LPP : 3163398, Ultimaster™ Tansei™ Ø 4,00mm, code LPP : 3199580.

La prise en charge est assurée dans le cadre de l'insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion(s) de novo d'une artère coronaire native de plus de 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA). Dans les situations particulières suivantes après discussion médico-chirurgicale (au minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation : Lésions pluritronculaires de novo d'artères coronaires natives de plus de 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible : score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées) / Sténose du tronc commun non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée notamment si score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (en fonction des co-morbidités associées) / Occlusion coronaire totale de plus de 72h / Resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau du site lésionnel.

Lire attentivement la notice avant toute utilisation. Date de révision : avril 2020.

**TERUMO**  
INTERVENTIONAL  
SYSTEMS

Distribué par :  
Terumo France S.A.S.  
Bâtiment Renaissance  
3, Rond Point des Saules  
78280 Guyancourt  
Tel. : +33(0)130961300

Fabriqué par :  
Terumo Europe N.V.  
Interleuvenlaan 40  
3001 Louvain  
BELGIQUE