

**Identité**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Référents des soins :**

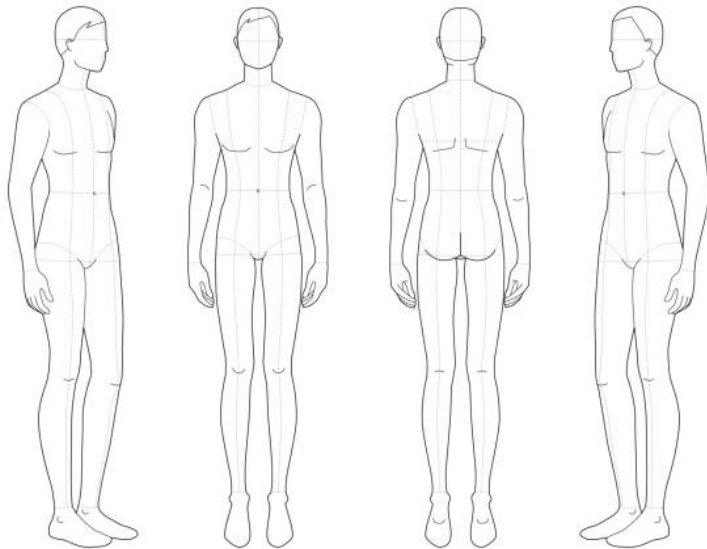
Infirmier évaluateur : \_\_\_\_\_

Infirmier DU (second recours) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médecin spécialiste: \_\_\_\_\_

**Localisation :**



Primo Plaie                       Récidive

Date d'apparition de la plaie : \_\_\_\_\_

Date du premier soin : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Profondeur : \_\_\_\_\_

**COMORBIDITES**

Dépression     I. Cardiaque                       Diabète                       Tabac

Hypertension                       Soins palliatifs                       Autres \_\_\_\_\_

**ORIGINE DE LA PLAIE**

Escarre                       Ulcère                       Brûlure                       Brûlure >5%

Radiothérapie                       Radiothérapie >2%

Plaie traumatique                       Mal perforant plantaire

Autres : \_\_\_\_\_

**ÉTAT DE LA PLAIE**

- Stade* :  Déterision : nécrose sèche noire  Déterision fibrine  
 Bourgeonnement  épidermisation
- Exsudation*  élevée  modérée  faible  nulle
- Aspect des berges*  sain  macération  hyperkératose
- Présence d'œdème*  oui  non
- Peau Péri lésionnelle*  inflammation  sèche  suintante
- Infection*  oui  non
- ATB*  oui  non

**DOULEUR** - EN \_\_\_\_\_

- Douleur induite*  oui  non
- Anesthésiant local*  oui  non

**CONTENTION**

- oui  non

Type : \_\_\_\_\_

- Adhésion du patient*  oui  non

**EXAMENS**

- Doppler  Scanner  
 Radio  Bilan biologique  
 Scintigraphie  Prélèvement

**HYGIÈNE CORPORELLE**

- Besoin d'aide partielle  Besoin d'aide temporaire  
 Besoin d'aide totale

**MEDICO-SOCIAL**

- Vit seul(e)  Vit en couple  Vit avec proche aidant
- Présences*
- aide à domicile  téléalarme  portage des repas
- Aides financières*
- Carsat  APA  autres

**STATUT NUTRITIONNEL**

Poids : \_\_\_\_\_

↗ poids

↘ poids

IMC :

poids stable

Taille : \_\_\_\_\_

Albuminémie : \_\_\_\_\_

**PROBLEMES DIGESTIFS**

problèmes bucco dentaires

problèmes de déglutition

constipation

diarrhées

autre : \_\_\_\_\_

**ALIMENTATION**

Normale

Hyper calorique

Hypo calorique

hyper protidique

hypo protidique

compléments alimentaires

**ACTIVITE PHYSIQUE**

sédentaire

activités physiques

marche uniquement à l'intérieur

sorties

activités sportives

kinésithérapie      nombre de séance/semaine : \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTION IDE PROPOSEE**

Protocole pansement \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plan d'aide : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prise en charge de la douleur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examens complémentaires demandés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Courrier pour demande de prescription