

Identité

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Référents des soins :

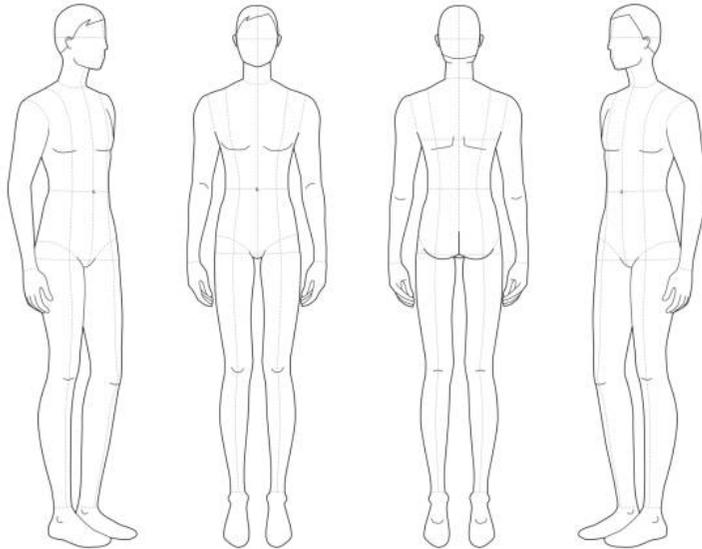
Infirmier évaluateur : _____

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

poids stable

Taille : _____

Albuminémie : _____

IMC :

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