

Identité

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Référents des soins :

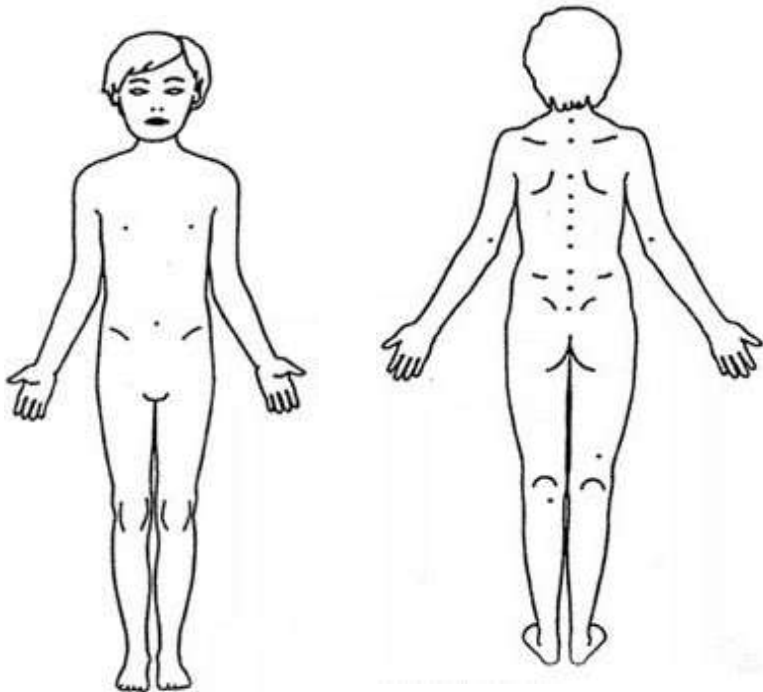
Infirmier évaluateur : _____

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 : _____

ETAT 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

HYGIENE 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 ↘ poidsIMC : 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