

IDENTIFICATION PATIENT

Nom
Prénom
IMC (poids(kg)÷[taille(m)]²)

IDENTIFICATION SOIGNANTS

IDEL
Médecin traitant

BILAN DE LA PLAIE

Date du bilan initial
Ancienneté de la plaie
Date d'apparition de la plaie

RÉCIDIVE ☐ oui ☐ non

Si oui, délai entre cicatrisation et récurrence > 2 mois ?

☐ oui ☐ non

FACTEURS DE RISQUE

- | | |
|---|---|
| ☐ Obésité (IMC ≥ 30) | ☐ Chimiothérapie |
| ☐ Dénutrition | ☐ Corticoïdes au long cours |
| ☐ Anticoagulant | ☐ Tabac / Alcool |
| ☐ Antiagrégant plaquettaire | ☐ Anémie |

ALLERGIES OU INTOLÉRANCES CONNUES

.....

TRAITEMENTS CONCOMITANTS

.....
.....
.....
.....

COMORBIDITES ET/OU ANTÉCÉDENTS POUVANT AFFECTER L'ÉVOLUTION DE LA PLAIE

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabète | ☐ Insuffisance veineuse | ☐ Chirurgie (veineuse/amputation) |
| ☐ HTA | ☐ AOMI | ☐ Tumeur maligne |
| ☐ Insuffisance cardiaque | ☐ Thrombose veineuse profonde | ☐ Autre : |

EN CAS DE PLAIE CHIRURGICALE

Date de l'intervention/...../..... Type d'intervention

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISÉS OU PRÉVUS

Préciser la date :
Radiologie :
Doppler veineux / artériel :
Biologie :
Prélèvement :
Bilan vasculaire :
Autre :

EVALUATION DE LA DOULEUR

EVA = ou EN =

Limitée aux soins, préciser le score :

Changements de position ou mobilisations, préciser score :

Présente en continu, préciser le score :

OBSERVATION ET ÉVALUATION DE LA PLAIE

Taille Largeurcm Longueurcm Profondeurcm

Lit de la plaie / Stade (total égal à 100%)
Nécrose% Fibrine.....%
Epidermisation.....% Bourgeonnement.....%

Décollement ☐ oui ☐ non **Odeur** ☐ oui ☐ non

Fistule / tunnellation ☐ oui ☐ non **Exposition tendineuse** ☐ oui ☐ non

Contact osseux ☐ oui ☐ non

Peau périlésionnelle

☐ Oedémateuse	☐ Saine	☐ Inflammatoire
☐ Erythémateuse	☐ Macérée	☐ Hyperkératosique
☐ Berges irrégulières	☐ Sèche	

Niveau d'exsudat ☐ Aucun ☐ Moyen ☐ Abondant

Type d'exsudat ☐ Séreux ☐ Purulent ☐ Sanguin ☐ Séro-sanguin

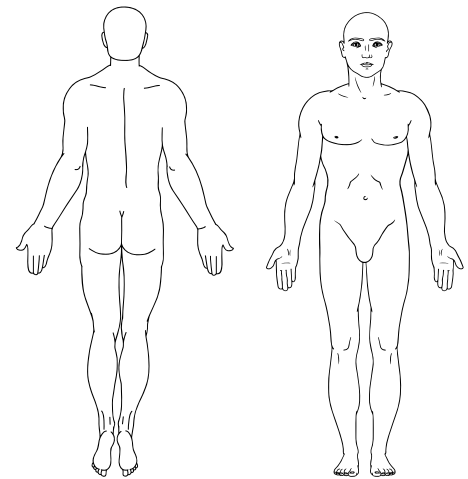
Oedème des membres inférieurs ☐ Absent ☐ Présent

Compression ☐ oui préciser : ☐ non

Signes d'infection ☐ Chaleur ☐ Douleur ☐ Induration ☐ Rougeur ☐ Fièvre

Mise en décharge ☐ oui ☐ non

LOCALISATION



Préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROTOCOLE ET PROJET DE SOINS

DATE							
Nettoyage plaie (savon, sérum phy, antiseptique...)							
Détersion mécanique OUI/NON							
Analgésie locale OUI / NON							
Soin peau péri- lésionnelle OUI/NON							
Pansement primaire DIMENSION MARQUE							
Pansement secondaire DIMENSION MARQUE							
Fixation DIMENSION MARQUE							
Fréquence de renouvellement							
Photos OUI/NON							
Orientation spécialiste OUI/NON							