

**Identification du patient :**

**NOM :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**

**Identification du demandeur :**

Médecin requérant :  
Téléphone :  
Messagerie sécurisée :  
Date de la demande :

**Identification de l'établissement demandeur :**

Etablissement :  
Téléphone :  
Messagerie sécurisée :

**TYPE DE CONSULTATION :**       En Visio conférence       En télé expertise sur dossier

**ENVOI DES DOCUMENTS**

- Demande médicale
- Formulaire « consentement » du patient
- Bulletin de situation
  - Envoi par mail sécurisé : [SecMedconsultmemoire@ch-morlaix.fr](mailto:SecMedconsultmemoire@ch-morlaix.fr)
  - Pour toute information : 02 98 62 61 38 (secrétariat)

**CONDITIONS D'ELIGIBILITE réunies**  **(cocher)**

**Rappel**

- Il existe une demande médicale pour la TLC*
- L'information et le consentement du résident et/ ou de son représentant légal sont réalisés et tracés*
- Le professionnel assistant est capable d'utiliser le dispositif de TLC*
- Une IDE sera présent lors de la TLC*
- Le patient ne nécessite pas un examen physique (nécessité de palpation)*
- Le patient ne nécessite pas de gestes techniques*
- Les données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte sont disponibles*

**RECUEIL DE DONNEES MEDICALES****MOTIF DE LA CONSULTATION**

➤ **Contexte :**

➤ **Description de la plaie :**

- Type :  escarre     ulcère     pied diabétique     cancéreuse  
 Post opératoire     stomie     autres (préciser :                    )

**Identification du patient :**

**NOM :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**

- Conditions d'apparition :
- Commentaires :
- Ancienneté :
- Localisation:
- Nombre de plaies:

<b>Aspect de la plaie:</b>	<input type="checkbox"/> noire	<input type="checkbox"/> jaune	<input type="checkbox"/> rouge	<input type="checkbox"/> rose	<input type="checkbox"/> hyper bourgeon
<b>Exsudat :</b>	<input type="checkbox"/> minime	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> abondant	<input type="checkbox"/> hémorragique	
	<input type="checkbox"/> Séreux	<input type="checkbox"/> purulent	<input type="checkbox"/> vert	<input type="checkbox"/> sec	
<b>Taille cm :</b>	largeur :	longueur :		Profondeur :	
<b>Creusante :</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
<b>Contact osseux :</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
<b>Aspect des berges :</b>	<input type="checkbox"/> inflammatoires	<input type="checkbox"/> blanches	<input type="checkbox"/> déchiquetées		
<b>Douleur :</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
<b>Mauvaise odeur</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
<b>Grattage / prurit :</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
<b>Présence de bulles</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

- **Historique « pansements »:**

Protocole en cours pour le pansement :

Fréquence de réfection :

 Contention veineuse :  aucune  bas  bande  multicouches  permanente 24H/24

Traitement médicamenteux :

**ELEMENTS MEDICAUX**

 ➤ **Antécédents :**

- Artériel :
  - AOMI :  oui  non
  - Angiodermite :  oui  non
  - Pouls périphériques :  oui  non
  - Index de pression systolique :

**Identification du patient :****NOM :****Prénom :****Date de naissance :**

- **Veineux :**
  - Œdèmes des membres inférieurs :  oui  non
  - Varices :  oui  non
  - Phlébite :  oui  non

- **Neurologiques :**

- **Autres :**

➤ **Facteurs de risques:**  HTA     Tabac     diabète

➤ **IMC (index de masse corporelle) :**

➤ **Nutrition :**                     Artificielle                     CNO (Compléments nutritionnels oraux)

➤ **Données paracliniques :**

- Albumine :
- CRP :
- Résultat Echo doppler veineux :
  
- Résultat Echo doppler artériel :
  
- Autre : radio osseuse ; résultat biopsie/exérèse ..... préciser

**ENVIRONNEMENT / SOIN**

➤ **Continence :**

Urinaire :  oui                     non  
Fécale :  oui                     non

➤ **Mobilité :**

Confiné lit- fauteuil:  oui                     non  
Coussin anti-escarre :  oui                     non  
Type de fauteuil :  
Type de matelas :  Normal                     anti-escarre  
Type de décharge : chaussure, coussin...  
Fréquence du nursing :

Autres : .....