

Identification du patient :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

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

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

➤ **Contenance :**

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 :