

#### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Consentement recueilli le :	

#### IDENTIFICATION DU REQUERANT

Nom :	
Prénom :	
Fonction :	
Structure :	
Téléphone :	
Mail :	

#### MOTIF DE LA DEMANDE

<b>Motifs de la consultation :</b>	
<b>Votre problématique :</b>	
<b>Traitements en cours :</b>	
<b>Antécédents :</b>	
<b>Allergies :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles : .....
<b>Facteurs de risques :</b>	Sédentarité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Obésité Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tabac : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alcool : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres : .....
<b>Résultats d'exams complémentaires : Biologie, doppler artériel/veineux, radiographies,...</b>	<b>A joindre à votre demande</b>
<b>Problématique de nutrition :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : .....
<b>Problématique de douleur :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Echelle d'évaluation : .....
<b>Délai de consultation souhaité :</b>	

## DESCRIPTION DE LA PLAIE

**Type de plaie(s) :** Artériel  Veineux  Mixte  Escarre  Plaie de pied diabétique   
Post-traumatique  Post-chirurgicale  Brûlures  Ne sait pas

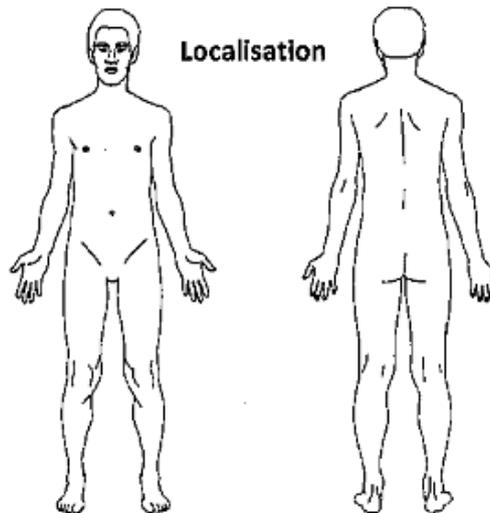
Autres, précisez : .....

**Nombre de plaies :** .....

**Circonstances d'apparition et ancienneté :** .....

.....

.....



**Fond de la plaie :** Nécrose  Fibrine  Bourgeonnement  Epidémisation  Plaie infectée   
Plaie hémorragique  Brûlure  Autres : .....

**Berges de la plaie :** Normale  Macérée  Décollée  Surélevée

**Peau péri lésionnelle :** Intacte  Inflammatoire  Eczématisée ou lésée  Sèche  Macérée

**Exsudative :** +  ++  +++  Malodorante

**Commentaires :** .....

.....

**Motif de la demande :** 1<sup>ère</sup> évaluation  Dégradation  Stagnation  Réajustement/suivi

## PROTOCOLE ACTUEL

**Pansement primaire :** .....

**Pansement secondaire :** .....

**Fréquence du pansement :** Toutes les 24h  Toutes les 48h  Autres : .....

**Compression :** Oui  Non  **Type :** Bas  Bandes  Allongement court  Allongement long  Multicouche