

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
 Aaaa-MM-JJ  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 Aaaa-MM  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION INITIALE DE PLAIE

Localisation : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_ Raison de la référence : \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE DE LA PLAIE

Date d'apparition : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj Étiologie connue : \_\_\_\_\_  
 Consultations médicales ou professionnelles : \_\_\_\_\_

### TRAITEMENTS

Traitements antérieurs : \_\_\_\_\_

Traitements actuels : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

### ANTÉCÉDENTS

Allergies :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Thrombophlébite	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Ulcère antérieur	_____
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Amputation Type : _____	_____
<input type="checkbox"/> Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Chirurgie antérieure : _____	_____
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Néoplasie : _____	_____	_____

### Facteurs associés :

Déshydratation/diarrhée  Incontinence urinaire  Incontinence fécale  
 Médicaments : \_\_\_\_\_  
 Habitudes de vie :  Tabagisme : Quantité \_\_\_\_\_  Ancien  ROH : Quantité \_\_\_\_\_  
 Dénutrition  Obésité  Maigre  
 Risque de plaies de pression (échelle de Braden) : \_\_\_\_\_/23  
 Autres : \_\_\_\_\_

### RÉSULTATS EXAMENS LABORATOIRES ET IMAGERIE

	Albumine	CRP	Protéines	HbA1c	Hb	GB	Créatinine	Urée		
DATE	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
RÉSULTAT										

Test imagerie médicale : Date : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_


Indice de pression systolique cheville/bras (IPSCB) : Date : \_\_\_\_\_  Voir feuille spéciale

Culture de plaie : Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

ÉVALUATION ET OBSERVATION					
Membre inférieur	Droit	Gauche	Pied diabétique	Droit	Gauche
Œdème			Fissure/Crevasse		
Lymphœdème			Callosité		
Varicosités			Xérose		
Varices			Mycose interdigitale		
Hyperpigmentation de la peau			Épaississement des ongles		
Dermite			Difformité du pied		
Lipodermatosclérose			Pied de Charcot		
Desquamation de la peau			Orteils en griffe		
Xérose			Chevauchement des orteils		
Perte de pilosité			Hallux valgus		
Température du membre : Chaud (C), Tiède (T), Froid (F)			Test remplissage capillaire (sec)	sec	sec
Coloration de la peau : Normale (N), Pâle (P), Rougeur déclive (R) Marbrée (M)			Autres :		
Mesure du mollet (cm)	cm	cm	<b>Test monofilament :</b>		
Mesure de la cheville (cm)	cm	cm	Date : ____/____/____		
Test de coloration de la jambe (sec)	sec	sec	Nombre de sites sensibles : D ____ /10 G ____ / 10		
<b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> Station debout prolongée : Nombre d'heures par jour : _____ <input type="checkbox"/> Grossesses : Nombre : _____			 <p>Et aussi sur le dos de chaque pied</p>		
<b>Autres plaies :</b>					
<input type="checkbox"/> Chirurgicale		<input type="checkbox"/> Déhiscence		<input type="checkbox"/> Brûlure degré _____	
<input type="checkbox"/> Néoplasique		<input type="checkbox"/> Traumatique		<input type="checkbox"/> Déchirure cutanée type _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		<input type="checkbox"/> Lymphatique _____		<input type="checkbox"/> Lésion de pression Stade _____	
Douleur : ____/10 Type : _____					
Usager verbalise : Motivation à guérir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motivation à participer à ses soins et traitements : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si non, pourquoi : _____					
Autres : _____					
<b>CONSTATS</b>					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
<b>OBJECTIFS ET PLAN DE TRAITEMENT</b>					
<input type="checkbox"/> CURABLE		<input type="checkbox"/> MAINTIEN		<input type="checkbox"/> NON CURABLE	
<b>Plan de traitement :</b> <input type="checkbox"/> Voir au verso du formulaire « Note évolutive - Suivi de soins de plaies et plan de traitement » CLI-60238					
<b>Recommandations :</b> (traiter la cause, positionnement/mobilisation, hygiène/soins de peau, alimentation/hydratation, surface thérapeutique, contrôle de la douleur, consultations, compression, mise en décharge, enseignement) : _____					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_