



ÉVALUATION ET SUIVI DE LA PLAIE
(1 feuille par plaie)
(FP-CISSL-6021)

Médecin de famille : _____ Pharmacie communautaire : _____

DATE D'APPARITION / HISTOIRE DE LA PLAIE : _____

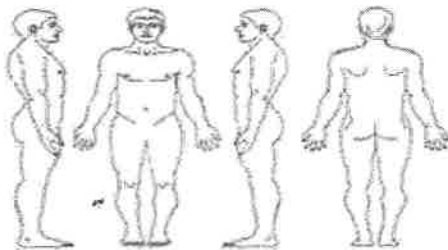
ÉTIOLOGIE DE LA PLAIE (✓)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déhiscence de plaie chirurgicale : _____ | <input type="checkbox"/> Brûlure : degré : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e superficiel <input type="checkbox"/> 2 ^e profond <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e |
| <input type="checkbox"/> Traumatique | <input type="checkbox"/> Néoplasique |
| <input type="checkbox"/> Déchirure cutanée : catégorie : <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> Lésion de pression : stade :
<input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3 - <input type="checkbox"/> 4 - <input type="checkbox"/> Indéterminé (X) - <input type="checkbox"/> LTP ¹ |
| <input type="checkbox"/> Ulcère du pied diabétique | Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ulcère du membre inférieur :
<input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Lymphoedème | |

FACTEURS ASSOCIÉS (✓)

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> MVAS | <input type="checkbox"/> MCAS | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Immunodéficience | <input type="checkbox"/> Âge (≥ 65 ans) |
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Mobilité réduite | <input type="checkbox"/> Traitement de radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> TPP | <input type="checkbox"/> Maladie veineuse | <input type="checkbox"/> Tabagisme | <input type="checkbox"/> Traitement de chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> PAR (Polyarthrite rhumatoïde) | <input type="checkbox"/> Obésité/Cachexie | <input type="checkbox"/> Dénutrition | |

LOCALISATION DE LA PLAIE (Indiquer le # de la plaie sur le schéma ci-bas)



POTENTIEL DE CICATRISATION

- (P) Présent
(PC) Présent, mais cause non contrôlable
(A) Absent

PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE

(Déterminé par l'infirmière)

Poursuivre l'évaluation initiale au verso avant de déterminer le plan de traitement

Plan de traitement # _____ Plan de traitement # _____ Plan de traitement # _____

OBJECTIF (curatif, de maintien, palliatif)

Mesure d'asepsie : stérile, propre, « no touch »			
Nettoyage (Solution, quantité, irrigation HP/BP ²) (Compresse humide)			
Trempette (Solution et durée (min))			
Protecteur cutané			
Pansement primaire (Directement sur le lit de plaie)			
Pansement secondaire (Recouvre le pansement primaire)			
Débridement / scarification par l'infirmière *Initiales de l'infirmière habilitée			
Thérapie de compression			
Thérapie par pression négative (TPN) (Nom ³ , interface, agent de remplissage, pression, mode)			
Autres :			
Fréquence de réfection			

Date du traitement / initiales

Date de révision / initiales

* Signature requise à la fin du formulaire

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Révision | <input type="checkbox"/> Cessé | <input type="checkbox"/> Révision | <input type="checkbox"/> Cessé | <input type="checkbox"/> Révision | <input type="checkbox"/> Cessé |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

¹ Lésion des tissus profonds
² HP : Haute pression / BP : Basse pression
³ Exemples : VAC, Renasys

Nom de l'usager : _____ N° dossier : _____

ÉVALUATION / OBSERVATIONS

Date : AAAA-MM-JJ

Heure :

Dimensions (cm) (au moins 1 x / 1cm)	Longueur							
	Largeur							
	Profondeur / Hauteur							
	Espace sous-jacent / sinus							

Évaluation de la douleur	Pré	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10
	Per	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10
	Post	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10

Lit de plaie	Nécrose sèche	%						
	Nécrose humide – tissus fibrineux	%						
	Granulation	%						
	Hypergranulation	%						
	Épithélialisation	%						
	Structures : Os, Muscle, Tendon, autre							

Pourtour	(I) Intact (M) Macéré (E) Érythémateux (précisez en cm) (O) Oedématisé (IN) Induré (K) Hyperkératosé (callosité) (P) Hyperpigmenté Autre (préciser)							
	Température (Tiède, Chaude, Froide)							
	Bords de la plaie : (A) Attachés (NA) Non attachés (R) Roulés							

Exsudat	% du pansement saturé							
	Texture							
	Couleur							
	Odeur après nettoyage (Oui/Non)							

Signes d'infection (NERDS/STONES)	(CC) Colonisation critique (IL) Infection locale (IS) Infection systémique							
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Signes cliniques d'une colonisation critique : (3 signes et plus)	Signes cliniques d'une infection locale : (3 signes et plus)	Infection systémique :
Non guérison, stagnation Exsudat augmenté Rougeur brillante ou changement de coloration de la granulation, friabilité, saignement, exubérance et espaces sous-jacents Débris (apparition de tissus fibrineux ou nécrotiques dans la plaie) Senteur	S'agrandit Température (chaleur plus de 4 cm) Os exposé (ostéomyélite probable), espaces sous-jacents Nouvelles plaies satellites et érosion Exsudat augmenté, érythème plus de 2 cm, induration et douleur Senteur	Fièvre Rigidité Frissons Hypotension Multiples dysfonctions
Évolution Améliorée (↑) Détériorée (↓) Stable (=)		

TRAITEMENT

Inscrire le # du plan de traitement appliqué (Voir au recto)								
Initiales (signature requise à la fin du formulaire) :								

Notes particulières (date/initiales) : Débridement, scarification, circonférence du membre inférieur à l'évaluation si thérapie compressive, etc.

SIGNATURE, TITRE ET # PERMIS	INITIALES	SIGNATURE, TITRE ET # PERMIS	INITIALES