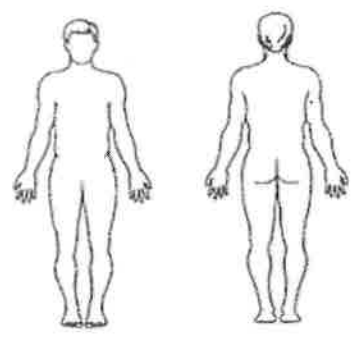
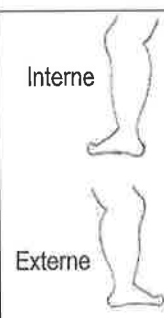

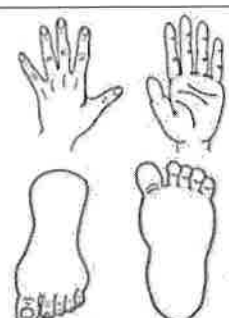
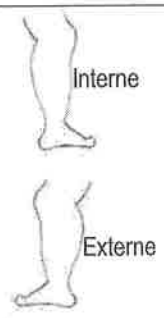


DT6277

ÉVALUATION INITIALE ET SUIVI ÉVOLUTIF D'UN USAGER PORTEUR DE PLAIE

ÉVALUATION INITIALE				
# PLAIE : _____ SITE DE LA PLAIE : _____		AGENT PAYEUR (✓)		
HISTORIQUE DE LA PLAIE (date d'apparition) : _____		<input type="checkbox"/> Assurance privée		
ALLERGIE (médicament, adhésif, produit) : _____		<input type="checkbox"/> CSST		
		<input type="checkbox"/> RAMQ		
ÉTIOLOGIE DE LA PLAIE (✓)				
<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> Déhiscence de la plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> Traumatique <input type="checkbox"/> Déchirure cutanée : Type : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ulcère du pied diabétique <input type="checkbox"/> Ulcère vasculaire du membre inférieur : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Lymphoedème <input type="checkbox"/> Dermate : Type : _____ *(suivi clinique à élaborer au PTI)		<input type="checkbox"/> Brûlure : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} degré <input type="checkbox"/> 2 ^e degré superficiel <input type="checkbox"/> 2 ^e degré profond <input type="checkbox"/> 3 ^e degré <input type="checkbox"/> 4 ^e degré <input type="checkbox"/> Néoplasique <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 Autre : _____		
FACTEURS ASSOCIÉS (✓)		Déclaration lésion de pression (✓)		
<input type="checkbox"/> Âgé de plus de 65 ans <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Maladie veineuse <input type="checkbox"/> MVAS <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> MCAS <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Immunodéficience <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Radiothérapie/Chimiothérapie <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> PAR (Polyarthrite rhumatoïde) <input type="checkbox"/> TPP		<input type="checkbox"/> AH-223 Date : ____ / ____ / ____ POTENTIEL DE CICATRISATION (✓) <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Présent, mais causes incontrôlables <input type="checkbox"/> Absent		
MÉDICATION (✓)				
<input type="checkbox"/> Hypoglycémiant	<input type="checkbox"/> Anticoagulant	<input type="checkbox"/> Antinéoplasique	<input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs	
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde	<input type="checkbox"/> Antibiotique	<input type="checkbox"/> Analgésique	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
LOCALISATION DE LA PLAIE (Indiquer un X sur le schéma)				
	DROITE		GAUCHE	
	Interne 			Interne 
Signature de l'infirmière ayant effectué l'évaluation initiale : _____				

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

SUIVI ÉVOLUTIF DE L'ÉVALUATION

ITB	EVP	DÉCHARGE (✓)
Date : ____ / ____ / ____	Date : ____ / ____ / ____	Date de début : ____ / ____ / ____
Résultats :	Résultats :	Date du dernier ajustement : ____ / ____ / ____
D : _____ G : _____	D : _____ G : _____	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
Commentaires : _____	Commentaires : _____	<input type="checkbox"/> Botte Commentaires : _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Orthèse
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sandale
_____	_____	<input type="checkbox"/> TCC (plâtre de contact total)
Initiales _____	Initiales _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____ Initiales _____

SUIVI MÉDICAL OU RENDEZ-VOUS À VENIR

Date (20AA/MM/JJ)	Nom/spécialité	Informations pertinentes	Coordonnées (téléphone/télécopieur)	Rendez-vous fait (✓)	Initiales

CONSULTATIONS PROFESSIONNELLES

Date (20AA/MM/JJ)	Nom/spécialité	Informations pertinentes	Coordonnées (téléphone/télécopieur)	Initiales

CULTURE DE PLAIE

Date (20AA/MM/JJ)	Résultat	Initiales

EXAMEN DIAGNOSTIQUE

Date (20AA/MM/JJ)	Type	Résultat	Initiales

ANALYSE DE LABORATOIRE

Date (20AA/MM/JJ)	Glucose	Hb	Pré Albumine	Albumine	Hb A1c	CRP	Leucocyte	Créatinine	Initiales

Notes particulières reliées à l'utilisateur (date/initiales)

Signature, Titre, #Permis	Initiales	Signature, Titre, #Permis	Initiales



PLAN DE TRAITEMENT DE LA PLAIE

Plan de traitement de la plaie (déterminé par l'infirmière)		Plan de traitement # _____	Plan de traitement # _____	Plan de traitement # _____
# Plaie : _____ Site de la plaie : _____		Date : _____	Date : _____	Date : _____
OBJECTIF (curatif, de maintien, palliatif)				
Mesure d' asepsie (stérile, sans contact ou technique propre)				
Nettoyage (solution, quantité, irrigation HP/BP, autre)				
Protecteur cutané				
Pansement primaire ou produit (directement sur le lit de plaie)				
Pansement secondaire (recouvre le pansement primaire)				
Dispositif de recouvrement (adhésif, bandage, autres)				
Débridement chirurgical conservateur (DCC) ou Scarification (S) par l'infirmière				
Thérapie compressive (type et force)		mmHg	mmHg	mmHg
Thérapie par pression négative (TPN)	Nom :	Interface		
	<input type="checkbox"/> VAC	Agent de remplissage		
	<input type="checkbox"/> Renasys	Pression	mmHg	mmHg
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Mode	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>
Autres :				
Fréquence de réfection				
Initiales				

Nom :

Prénom :

Dossier :

Plan de traitement de la plaie (déterminé par l'infirmière) # Plaie : _____ Site de la plaie : _____			Plan de traitement # _____ Date : _____	Plan de traitement # _____ Date : _____	Plan de traitement # _____ Date : _____
OBJECTIF (curatif, de maintien, palliatif)					
Mesure d' asepsie (stérile, sans contact ou technique propre)					
Nettoyage (solution, quantité, irrigation HP/BP, autre)					
Protecteur cutané					
Pansement primaire ou produit (directement sur le lit de plaie)					
Pansement secondaire (recouvre le pansement primaire)					
Dispositif de recouvrement (adhésif, bandage, autres)					
Débridement chirurgical conservateur (DCC) ou Scarification (S) par l'infirmière					
Thérapie compressive (type et force)			mmHg	mmHg	mmHg
Thérapie par pression négative (TPN)	Nom :	Interface			
	<input type="checkbox"/> VAC	Agent de remplissage			
	<input type="checkbox"/> Renasys	Pression	mmHg	mmHg	mmHg
	<input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	Mode	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>
Autres :					
Fréquence de réfection					
Initiales					
Notes particulières :					
Signature, Titre, #Permis		Initiales	Signature, Titre, #Permis		Initiales



ÉVALUATION, OBSERVATION ET SUIVI DE LA PLAIE

# PLAIE : _____ (une feuille par plaie)		Date : 20AA/MM/JJ	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SITE DE LA PLAIE : _____		Heure							
Évaluation ou Observation		É/O							
Dimensions (cm) au moins 1 x semaine	Longueur		cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
	Largeur		cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
	Profondeur/Hauteur		cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Lit de plaie	Nécrose sèche		%	%	%	%	%	%	%
	Nécrose humide		%	%	%	%	%	%	%
	Granulation		%	%	%	%	%	%	%
	Hypergranulation		%	%	%	%	%	%	%
	Épithéllisation		%	%	%	%	%	%	%
Structures : Os, Muscle, Tendon Phlyctène ou Autres*									
Peau environnante	Intacte	✓							
	Érythémateuse	✓							
	Macérée	✓							
	Sèche	✓							
	Oedème	✓							
	Indurée	✓							
	Hyperkératosée (callosité)	✓							
	Autres* (dépôt hémossidérine, ecchymose)	✓							
Température (Tiède, Chaude, Froide)									
Bords de la plaie	Attachés	✓							
	Non-attachés	✓							
	Roulés	✓							
Exsudat	Quantité (%) du pansement ou réservoir TPN (mL)								
	Séreux	✓							
	Sanguin	✓							
	Séro-Sanguin	✓							
	Purulent	✓							
	Verdâtre	✓							
	Odeur (après nettoyage)	✓							
Initiales (signature requise à la fin du formulaire)									

