



DT096

Nom / Prénom :

Âge :

No dossier :

No chambre :

ÉVALUATION ET TRAITEMENTS DES PLAIES

ÉVALUATION

Identification du site	N° :	N° :	N° :	N° :	N° :	N° :	N° :	N° :	N° :	Plaie nosocomiale:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Année 20 /Mois/Jour:	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Date d'apparition :	/	/
Heure :										Étiologie :		
Apparence :										<input type="checkbox"/> Pression :	Braden : /23	
Rougeur	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Stade I		
Phlyctène	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Stade II		
Abrasion	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Stade III		
Ulçère	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Stade IV		
Escarre	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Stade X		
Déhiscence	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Vasculaire :		
Autre :	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Veineuse		
Dimensions :										<input type="checkbox"/> Artérielle		
↓ Longueur (cm)										<input type="checkbox"/> Mixte		
↔ Largeur (cm)										<input type="checkbox"/> Diabétique		
↘ Profondeur (cm)										<input type="checkbox"/> Chirurgicale		
Tunnel- sinus (cm/heure)										<input type="checkbox"/> Traumatique		
Rebord :										Autres _____		
Régulier	<input checked="" type="checkbox"/>									Facteurs de risque:		
Irrégulier	<input checked="" type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Altération sensibilité		
Lit :										<input type="checkbox"/> Altération mobilité		
Secrose/sèche/noir	%									<input type="checkbox"/> Humidité		
Humide/humide/jaune	%									<input type="checkbox"/> Limitation des activités		
Granulation/rouge	%									<input type="checkbox"/> Dénutrition/ déshydratation		
Hypergranulation	%									<input type="checkbox"/> Friction/ Cisaillement		
Épithélialisation/rose	%									<input type="checkbox"/> Tabagisme/Médication		
Exsudat :										Autres _____		
Séreux	<input checked="" type="checkbox"/>									Localisation de la plaie :		
Séro-sanguin	<input checked="" type="checkbox"/>											
Sanguin	<input checked="" type="checkbox"/>									Droit Gauche		
Vert	<input checked="" type="checkbox"/>									Face interne/externe Droite Face Externe/interne Gauche		
Purulent (épais)	<input checked="" type="checkbox"/>											
Malodorant après nettoyage	<input checked="" type="checkbox"/>											
Quantité (% pansement souillé)												
Pourtour :												
Intacte	<input checked="" type="checkbox"/>											
Macérée/blanche	<input checked="" type="checkbox"/>											
Érythémateuse/rouge	<input checked="" type="checkbox"/>											
Hématome/ecchymose	<input checked="" type="checkbox"/>											
Hyperpigmentée/brune	<input checked="" type="checkbox"/>											
Indurée	<input checked="" type="checkbox"/>											
Oedémateuse	<input checked="" type="checkbox"/>											
Hyperkératosée	<input checked="" type="checkbox"/>											
Sèche	<input checked="" type="checkbox"/>											
Froide	<input checked="" type="checkbox"/>											
Chaude	<input checked="" type="checkbox"/>											
Douloureuse	<input checked="" type="checkbox"/>											
Évolution :												
Améliorée	<input checked="" type="checkbox"/>											
Stable	<input checked="" type="checkbox"/>											
Détériorée	<input checked="" type="checkbox"/>											
Initiales :												

Pour référer à une note additionnelle, faire un astérisque « * » dans la case prévue pour le crochet.

