

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
N° SS :	
Adresse :	
Téléphone :	

IDENTIFICATION DU REQUERANT

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

Consentement du patient recueilli le :
Consentement du médecin traitant recueilli le :

	Nom	Téléphone	Mail sécurisé
Médecin traitant :			
IDEL :			

MOTIF DE LA DEMANDE

Motif de la demande : 1^{ère} évaluation Dégradation Stagnation Réajustement/suivi

Traitements en cours :	Joindre à votre demande la dernière ordonnance complète
Antécédents :	Joindre à votre demande la liste des antécédents éditée par le médecin traitant
Allergies, Intolérances:	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles :
Facteurs de risques :	Sédentarité : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Obésité Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Tabac : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Alcool : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autres :
Résultats d'examens complémentaires :	Joindre à votre demande Biologie, prélèvements, doppler artériel/veineux, radiographies, biopsie, ...
Problématique de nutrition :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, précisez
Problématique de douleur :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Echelle d'évaluation :

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 complexes et/ou chroniques :

Circonstances d'apparition et ancienneté :

Dimensions de la plaie :

Taille Largeur cm Longueur cm Profondeur cm

Fond de la plaie :

- Nécrose Fibrine Bourgeonnement
Epidémisation Plaie infectée Plaie hémorragique
Brûlure Autres :

Berges de la plaie :

- Normales Macérées Décollées Surélevées

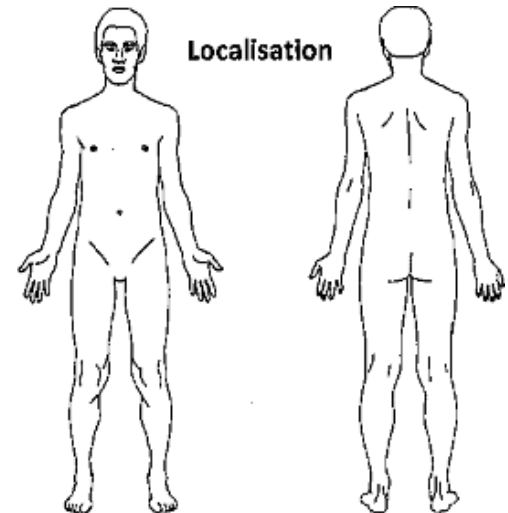
Peau péri lésionnelle :

- Intacte Inflammatoire Eczématisée ou lésée Sèche Macérée

Exsudative :

- + ++ +++ Malodorante

Commentaires :



PROTOCOLE ACTUEL

Pansement primaire :

Pansement secondaire :

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

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

Veillez joindre à cette demande une ou plusieurs photos

HISTORIQUE DES SOINS LOCAUX

Date de début	Description des protocoles essayés (produit pansement, fréquence, ...)	Date d'arrêt	Motifs d'arrêt

Formulaire à envoyer à l'adresse suivante : plaies.cptsma@grand-est.mssante.fr