

NOM DU RESIDENT : _____

Personne ayant renseigné la fiche : _____

Date : _____

OUTIL D'EVALUATION INITIALE D'UNE PLAIE

Visa du médecin traitant Dr _____ le : _____

TERRAIN - FACTEURS DE RISQUE							
Mobilisation	<input type="checkbox"/> Indépendant		<input type="checkbox"/> Semi-dépendant				
	<input type="checkbox"/> Dépendant		<input type="checkbox"/> Alité				
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Incontinence fécale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Position vicieuse / appui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :				
Etat nutritionnel : Albuminémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> NR	date		Résultat	
<i>IMC < 21 ou perte de poids récente</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Combien de kg? En combien de temps?				
Déshydratation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui, diabète équilibré?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Oedèmes des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
<i>Artérite</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Doppler récent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu	
<i>Problèmes veineux</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date du doppler :				
Commentaires							
DESCRIPTION DE LA PLAIE							
Localisation (en précisant le coté)							
Taille (en cm)	Longueur :		Largeur :			Profondeur :	
Couleur% noire	% jaune	% rouge	% rose Autre :
Humidité	<input type="checkbox"/> sèche	<input type="checkbox"/> humide	<input type="checkbox"/> niveau d'exsudat		0	+	++ +++
<i>Douleurs</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :				
Signes d'infection	<input type="checkbox"/> œdème		<input type="checkbox"/> chaleur		<input type="checkbox"/> rougeur		
Plaie hémorragique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
Odeur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
Aspect des berges	<input type="checkbox"/> sain	<input type="checkbox"/> macération	<input type="checkbox"/> érythème	<input type="checkbox"/> œdème	<input type="checkbox"/> eczéma		
Photo si possible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
Commentaires							

ELEMENTS EXPLICATIFS POUR LE REMPLISSAGE DE LA FICHE

Cette fiche a été élaborée pour l'évaluation d'une plaie chronique (> 6 semaines)

Mobilisation

- Indépendant : Marche seul, avec ou sans déambulateur ou canne
- Dépendant : Assistance pour la marche et les activités de la vie quotidienne
- Semi-dépendant : Mobilisation du lit au fauteuil avec ou sans aide, Ne peut être qu'au lit ou au fauteuil
- Alité : Ne quitte pas le lit plus d'une heure par jour, Ne bouge pas

Perte de poids (Critères de la HAS)

- Soit 5% en 1 mois
- Soit 10% en 6 mois

Si des facteurs de risque sont mis en évidence lors de l'évaluation, se référer aux protocoles en vigueur pour apporter les actions correctives nécessaires.

Actions correctives mises en place :