

SURVEILLANCE DE PLAIE CHRONIQUE

Date de début des soins :/...../.....

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

Type de plaie

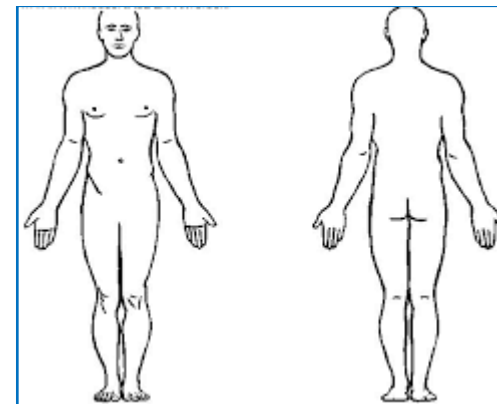
Si escarre, cocher la case

1	2	3	4
---	---	---	---

Aspect coloriel de la plaie

Détersion		Bourgeonnement	Epithélialisation
Nécrose : N	Fibrine : F	Bourgeon : B	Cicat. : E

Localisation de la plaie



Date	Stade	Mesure	Douleurs		Protocoles, observations infirmières	Photo	signature IDEL
	surface (en cm2)	Profondeur (en mm)	P/I/CS*	EVA			
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

*Douleurs : P (permanente) I (intermittente) CS (en cours de soins)