## Formulaire d'évaluation de la plaie

Date: \_\_\_\_\_ Nom patient: \_\_\_\_\_ Identification du patient: \_\_\_\_\_

Patient  Age: ans  Poids: kg  Genre: Masculin Féminin  État nutritionnel: Bonne nutrition Mauvaise nutrition  Mobilité: Bonne mobilité Mobilité réduite  Fume: Oui Non  Si oui, quantité journalière:  Alcool: quantité/semaine  Comorbidités:	Description de la plaie  Type de plaie:  Plaie présente depuis:  Traitements précédents:  Taille: longueurmm - largeurmm - profondeurmm  Localisation de la plaie (veuillez indiquer):  Intensité de la douleur:
Médications:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ABPI (si effectué): Date:	Aucune Douleur Douleur douleur modérée intense
Diagnostic du lit de la plaie  Diagnostic du lit de la plaie	
Diagnostic du lit de Type de tissu Essudat Infection  Diagnostic de la piole  PLAIE  Diagnostic des berges de la plaie  Diagnostic de la périlésionnelle  Peau périlésionnelle  Diagnostic de la périlésionnelle	Taux Sec Peu Moyennement Élevé  Type Mince/aqueux Trouble Épais Purulent Transparent Rose/rouge





