

FICHE D'INCLUSION – HDJ PLAIES ET CICATRISATIONS

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphone : Médecin traitant :

ORIGINE DE LA DEMANDE

Médecin traitant IDEL Spécialiste (préciser) :

Autre (préciser) :

CARACTÉRISTIQUES DE LA PLAIE

Localisation : Ancienneté : 6 < semaines < 6

PRISE EN CHARGE ACTUELLE : IDEL HAD IDE du service adresseur Aucune

CRITÈRES DE COMPLEXITÉ

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plaie étendu | <input type="checkbox"/> Exsudats importants |
| <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation | <input type="checkbox"/> Suspicion infection |
| <input type="checkbox"/> Nécrose / fibrine importante | <input type="checkbox"/> Douleur importante |
| <input type="checkbox"/> Terrain à risque (diabète, AOMI, dénutrition...) | <input type="checkbox"/> Échec prise en charge en ville |

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ HDJ (au moins 2 requis)

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan étiologique approfondi | <input type="checkbox"/> Soins techniques spécialisés |
| <input type="checkbox"/> Adaptation thérapeutique coordonnée | <input type="checkbox"/> Évaluation pluridisciplinaire |
| <input type="checkbox"/> Éducation thérapeutique nécessaire | <input type="checkbox"/> Situation non contrôlée en ville |

URGENCE : Urgent (7 jours) Semi-urgent (15 jours) Programmé

Documents à joindre obligatoirement à cette fiche :

- Lettre d'adressage avec antécédents médicaux
- Ordonnance des traitements en cours
- Soins locaux en cours

VALIDATION HDJ

Inclusion validée Inclusion refusée (motif) :

PROGRAMMATION

Date proposée : Heure :

VALIDATION MÉDICALE :

Dr Florent SALA

Date :

Signature :