

CHECK LIST

Évaluation initiale d'un patient porteur d'ulcère de jambe

Evaluation à effectuer par interrogatoire et examen clinique

Interrogatoire

NON ? OUI

		NON	?	OUI
Sexe	Femme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âge	Patient jeune / actif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patient âgé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents médicaux				
	Veineux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Artériel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cardio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladies inflammatoire chroniques (Rhum. / Dig.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie auto immune ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infection chronique (VIH / Hépatite...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémopathie non tumorale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cancer et Hémopathie tumorale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirrhose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dialyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cancer cutané et lésions pré cancéreuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dermatose inflammatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prurit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retour des tropiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		NON	?	OUI
Médicaments	Anti coagulants ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immunosuppresseurs ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chimiothérapie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hydréa® ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicorandil ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur	Douleur à majoration nocturne?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Score DN4 > 4/10 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Douleur induite par les soins ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen de la plaie

		NON	?	OUI
Couleur de la peau	Peau pigmentée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation plaie	Malléole ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crête tibiale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cou de pied ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Région achilléenne ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Face externe jambe ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morphologie de la plaie	Erosion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plaie profonde / cavitaire ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fistule?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuméfaction ulcérée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plaie cribiforme ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Planimétrie	Longueur ? / Largeur ?	
	Profondeur ?	
	Zones de décollement ?	

NON
 ?
 OUI

Fond de la plaie				
Échelle colorielle	Noir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jaune ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rouge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étrangers	Rose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Os ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tendon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Calcifications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exsudats	Prothèse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asticots et divers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modérés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspects spécifiques	Abondants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyper bourgeonnement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tissu scléreux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen de la peau péri lésionnelle

NON
 ?
 OUI

Couleur	Blanc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Violet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rouge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		NON	?	OUI
Texture	Atrophie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sclérose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Degré d'humidité	Sécheresse simple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Croûtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Squames ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyper kératose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Macération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eczéma craquelé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lésions dermatologiques				
	Vésicules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bulles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pustules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nodules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erosions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Passer au facteur suivant



Chercher la solution en complétant l'analyse par vous-même ou en vous rapprochant du médecin référent, spécialiste...



Prise en charge, seul ou avec l'aide d'une équipe spécialisée
Se rapporter à la page spécifique dans le Wiki-Plaie