

** Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD

Mise en place d'une thérapie par pression négative

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : Nom de naissance :

Prénom : Sexe :

Numéro de sécurité sociale : Date de naissance :

Adresse :

Ville : Tél patient et/ou famille :

Patient Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : Téléphone :

Le cas échéant, merci de préciser :

Etablissement hospitalier : Service :

SOINS À PRATIQUER

- Type de plaie :
- Localisation de la plaie :
- Dimension de la plaie : Longueur : cm | Largeur : cm | Profondeur : cm
- Infection : BMR : oui | non

TYPE DE PANSEMENT

PANSEMENT AVEC TPN TRADITIONNELLE

INTERFACE : NON ALGOSTERIL ADAPTIC

PRODUIT DE
REPLISSAGE : MOUSSE : Small Medium Large
 GAZ DE REMPLISSAGE

PROTECTION BERGES : NON COMFEEL FILM

DEPRESSION (mmHG) : 60 80 100 120 autre :
 continue discontinue

PÉRIODE DE RÉFECTION : Réfection tous les..... jours

TAILLE PANSEMENT :

PANSEMENT AVEC TPN À USAGE UNIQUE

NON
 OUI : Gaz de remplissage Mousse

Réfection tous les..... jours

10x20 10x30 15x15 15x20 15x30
 20x20 20x25 Multisite : 15x20 20x25

PROCHAIN RDV :

A la suite de la consultation, le pansement par TPN classique peut être positionné le lendemain ?

oui non

Date :

Signature :