



2.114 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE SOINS DES PLAIES ET DE LA PEAU PRESCRIPTIONS INTERNES/EXTERNES

Date : _____

TYPE DE PLAIE	
<input type="checkbox"/> Sternale / <input type="checkbox"/> Chirurgie Minimale Invasive (CMI) <input type="checkbox"/> Membre supérieur : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Lésion de pression : Stade _____	<input type="checkbox"/> Déchirure cutanée : _____ <input type="checkbox"/> Membre inférieur : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Aine : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Ulcère : _____	
NETTOYER	PROTÉGER
<input checked="" type="checkbox"/> NaCl 0,9 % <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input checked="" type="checkbox"/> Protecteur cutané : <i>Cavilon^{MD}/Skin-prep^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Crème barrière : <i>Critic-Aid^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Crème hydratante : <i>Glaxal Base^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
GÉRER L'HUMIDITÉ	COMBLER L'ESPACE
<input type="checkbox"/> CODE : DE101 <input type="checkbox"/> Alginate de calcium : <i>Biatain^{MD} Alginate/Exufliber^{MD}/Tegaderm^{MD} Alginate</i> <input type="checkbox"/> Alginate de calcium argent : <i>Biatain^{MD} Alginate Ag+/Tegaderm^{MD} Alginate^{MD} Ag/Melgisorb^{MD} Ag</i> <input type="checkbox"/> Hydrogel : <i>Nu-gel^{MD}/Purilon^{MD} gel/Intrasite^{MD} gel</i> <input type="checkbox"/> Textile argent : <i>Interdry^{MD} 25 cm x 46 cm</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> 5 cm x 5 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Mèche : <i>Aquace^{MD} Ag+ Extra</i> Nombre/cm : _____ <input type="checkbox"/> Mèche contenant du polyhexaméthylène biguanide ou mèche de coton stérile antimicrobienne (PHMB) : Nombre/cm : _____ <input type="checkbox"/> Compresse humide NaCl 0,9 % : <input type="checkbox"/> 5 cm x 5 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> Nbre : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
CONTRÔLER L'INFLAMMATION ET L'INFECTION	
<input type="checkbox"/> CODE : DE58 (1 ^{ère} plaie accordée pour 12 sem) <input type="checkbox"/> CODE : DE319 (nouvelle plaie ou récurrence accordée pour 12 sem) <input type="checkbox"/> CODE : DE339 (plaie non guérie après 12 sem)	
<input type="checkbox"/> Fibres gélifiantes/hydrofibres : <i>Aquace^{MD} Ag+ Extra</i> <input type="checkbox"/> Mousse bordée d'argent : <i>Biatain^{MD} silicone Ag/Aquace^{MD} Ag Foam/Mepilex^{MD} border Ag</i> <input type="checkbox"/> lode pâte : <i>Iodosorb^{MD} 5gr</i> <input type="checkbox"/> lode compresse imprégnée : <i>Inadine^{MD}</i> (non remboursé)	<input type="checkbox"/> 5 cm x 5 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> 12,5 cm x 12,5 cm <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> 5 cm x 5 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> Autre : _____
FIXER	APPLIQUER UNE INTERFACE
<input type="checkbox"/> Pellicule transparente <input type="checkbox"/> Filet élastique <input type="checkbox"/> Bandage <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Neutre : <i>Adaptic^{MD}/Mepite^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Gras : <i>Jelone^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Chlorexidine : <i>Bactigras^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
RECOUVRIR AVEC UN PANSEMENT SECONDAIRE	
<input type="checkbox"/> CODE : DE101 <input type="checkbox"/> Plaie de pression stade 2 et + <input type="checkbox"/> Plaie grave (maladie chronique/cancer) <input type="checkbox"/> Ulcère cutané grave (insuffisance veineuse/artérielle) <input type="checkbox"/> Plaie chronique > 45 jrs/grave	
<input type="checkbox"/> Mousse non bordée : <i>Mepilex^{MD}/Biatain^{MD}/Allewyn^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Mousse bordée : <i>Mepilex^{MD} border flex/Biatain^{MD}/Aquace^{MD} Foam/Allewyn^{MD}</i> <input type="checkbox"/> Hydrocolloïde : <i>Comfee^{MD} Plus clear/Tegaderm^{MD} 3M^{MD} pansement hydrocolloïde</i> <input type="checkbox"/> Absorbant acrylique (non remboursé) : <i>Tegaderm^{MD} acrylique absorbant</i> Mis le : ____ / ____ / ____ À garder jusqu'au : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Alvéolaire (non remboursé) : <i>Opsite^{MD} post-op visible</i> <input type="checkbox"/> Pansement <i>Prevena^{MD}</i> : Mis le ____ / ____ / ____ À Garder jusqu'au : ____ / ____ / ____ puis recouvrir avec un <i>Tegaderm^{MD} Acrylique Absorbant</i> pendant 15 jrs <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm <input type="checkbox"/> 12,5 cm x 12,5 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 20 cm <input type="checkbox"/> 10 cm x 30 cm <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Fréquence : <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> q3 jours <input type="checkbox"/> q5 jours <input type="checkbox"/> Autre : _____ + <input checked="" type="checkbox"/> PRN si souillé à 80 %	
<input type="checkbox"/> Ne pas renouveler <input type="checkbox"/> À renouveler : _____ fois	
SIGNATURE : _____ Date : _____ N° Permis : _____	



2.114 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE SOINS DES PLAIES ET DE LA PEAU PRESCRIPTIONS INTERNES/EXTERNES

Date : _____

TYPE DE PLAIE						
<input type="checkbox"/> Sternale / <input type="checkbox"/> Chirurgie Minimale Invasive (CMI)	<input type="checkbox"/> Déchirure cutanée :	<input type="checkbox"/> Aine :	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche		
<input type="checkbox"/> Membre supérieur : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Membre inférieur : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Ulcère :	_____			
<input type="checkbox"/> Lésion de pression : Stade _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____					
POINTS DE SUTURES : <i>À retirer seulement si pas d'écoulement ou de risque de déhiscence de plaie</i>						
■ Nettoyer la plaie avec NaCl 0,9 %						
<input type="checkbox"/> Retirer les points de sutures le : ____ / ____ / ____	Localisation :	<input type="checkbox"/> sternale	<input type="checkbox"/> ancien site de drain	<input type="checkbox"/> Autre :	_____	
■ Appliquer des pansements de rapprochement si nécessaire						
AGRAFES : <i>À retirer seulement si pas d'écoulement ou de risque de déhiscence de plaie</i>						
■ Nettoyer la plaie avec NaCl 0,9 %						
<input type="checkbox"/> Retirer les agrafes 1/2 le : ____ / ____ / ____	Localisation :	<input type="checkbox"/> Sternale	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIG	<input type="checkbox"/> Autre :	_____
<input type="checkbox"/> Retirer les agrafes 2/2 le : ____ / ____ / ____	Localisation :	<input type="checkbox"/> Sternale	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIG	<input type="checkbox"/> Autre :	_____
■ Appliquer des pansements de rapprochement lors du retrait						
THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE VAC ^{MD}						
■ Nettoyer la plaie avec NaCl 0,9 %						
■ Appliquer protecteur cutané type <i>Cavilon^{MD}</i> au pourtour de la plaie						
<input type="checkbox"/> Appliquer pansement nanocristallin type <i>Acticoat^{MD} Flex 3</i>						
❖ Insérer éponge :	<input type="checkbox"/> Noire	<input type="checkbox"/> Blanche	<input type="checkbox"/> Petite	<input type="checkbox"/> Grande		
❖ Réglage :	<input type="checkbox"/> Continu	<input type="checkbox"/> Intermittent				
❖ Intensité :	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	À	<input type="checkbox"/> - 125 mmHg	<input type="checkbox"/> - 75 mmHg	<input type="checkbox"/> Autre : _____
❖ Changement de pansement :	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	
<input type="checkbox"/> Autre : _____						
SI VAC ^{MD} DÉFECTUEUX OU EN ATTENTE D'UNE THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE :						
■ Nettoyer la plaie avec NaCl 0,9 %						
■ Appliquer protecteur cutané type <i>Cavilon^{MD}</i> au pourtour de la plaie						
<input type="checkbox"/> Remplir la cavité avec des compresses humides						
<input type="checkbox"/> Remplir avec une mèche						
<input type="checkbox"/> Couvrir avec un pansement absorbant type <i>Mépiléx^{MD} border</i>	<input type="checkbox"/> 12,5 cm x 12,5 cm	<input type="checkbox"/> 10 cm x 20 cm	<input type="checkbox"/> 10 cm x 30 cm	<input type="checkbox"/> Autre :	_____	
<input type="checkbox"/> Changement de pansement ad installation du VAC ^{MD} :	<input type="checkbox"/> DIE	ou	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Ne pas renouveler	<input type="checkbox"/> À renouveler :	_____ fois				
SIGNATURE : _____ Date : _____ N° Permis : _____						