

Date :

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

E-mail :

Tél :

Médecin Traitant :

Nom :

e-mail :

Tél :

IDE :

Nom

e-mail :

Tél :

ANTÉCÉDENTS :

- Chirurgicaux :

- Médicaux :

- Traitement habituel :

- V.A.T. (date dernier rappel) :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

(Ancienneté plaie, localisation, type : escarre, ulcère veineux, artériel, mixte, pied diabétique, autre plaie, examens complémentaires : biologiques, doppler ...)

PATIENT DEJA CONNU

Problème actuel :

TRAITEMENT : *(local ; pansements et crème ; antibiotiques, antalgiques, contention)*

DEMANDE DE RV :

- Urgent < 7j
- Semi urgent < 7 à 14 J
- Pas urgent

QUI AVERTIR DU RV

- Le patient
- L'IDE
- Le médecin traitant