

## Fiche de signalement à faxer au 01 45 17 56 19

EQUIPE MOBILE PLAIES ET CICATRISATION

Nom du patient : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Famille :  Oui  Non

Personne de confiance :  Oui  Non  
 Nom de la personne de confiance :

Médecin traitant :

Téléphone :

Infirmier libéral :

Téléphone :

### Situation du patient

Alité :  Oui  Non     
 Dénutri :  Oui  Non     
 Désorienté :  Oui  Non

Suivi du patient : HAD :      
 SSIAD :      
 EPHAD :      
 IDE libéral :

Nom et ville de l'organisme :

Patient suivi par un réseau : Partage 94 :      
 CLIC 4 :      
 Diabète :      
 Autre :   
 MAIA :       Laquelle :

Pathologies :

Diabète :  Oui  Non     
 Artéritique :  Oui  Non     
 Tumeur :  Oui  Non  
 Vaccination antitétanique :  Oui  Non

Allergie connue :  Oui  Non     
 Si oui à quelle substance :

### Type de plaie

Ulcère :      
 Escarre :      
 Plaie tumorale :      
 Plaie secondaire à la chirurgie :   
 Autre :      
 Plaie secondaire à l'incontinence :

Localisation de la plaie :

Membre inférieur :      
 Membre supérieur :      
 Côté :  
 Pied :      
 Seins :      
 Ischion :      
 Droit :      
 Gauche :   
 Tête :      
 Sacrum :      
 Organes génitaux :

## Réfection du pansement à ce jour

Réfection du pansement tous les :

Produits appliqués :

Commentaires :

Disponibilité du professionnel libéral :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	M	M	M	M
A Midi	AM	AM	AM	AM

Signature du professionnel de santé :

Date de la première visite prévue le :

*(La date sera renseignée par l'équipe mobile)*