

DEMANDE DE TELEEXPERTISE en plaie de pied diabétique

FORMULAIRE DEMANDEUR

Informations patient

NOM Prénom* :

Né(e) le* :

Lieu de naissance* : () Sexe* :

Numéro sécurité sociale* :

Régime assurance maladie* :

Qualité du bénéficiaire* :

NIR bénéficiaire (si différent assuré) :

Téléphone patient :

E-mail patient :

Provenance patient domicile ou structure

Adresse postale :

Les champs marqués d'une * sont nécessaires pour la facturation

Professionnel de santé adresseur

Êtes-vous le professionnel de santé adresseur : ☐ Oui ☐ Non

Nom :

N° RPPS :

Patient déjà suivi par un endocrinologue : ☐ Oui ☐ Non

Demande

Première demande de téléexpertise : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents :

Traitement en cours :

HbA1c : Date

DFG : Date

Poids (en kg) :

Date début de la plaie :

Pied : ☐ Droit ☐ Gauche

Localisation de la plaie

Dimension de la plaie (en mm) :

Profondeur de la plaie (en mm) : ☐ Superficielle ☐ Creusante

Aspect de la plaie : ☐ Epidermisation ☐ Bourgeonnante ☐ Fibrineuse ☐ Nécrosée ☐ Infectée
☐ Atone

Exsudat : ☐ Pas d'exsudat ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Abondant ☐ Très abondant

Aspect des exsudats : ☐ Séreux ☐ Hémorragique ☐ Purulent ☐ Autre

Plaie malodorante : ☐ Oui ☐ Non

Macération : ☐ Oui ☐ Non

Chaleur cutanée : ☐ Normale ☐ Plus chaud ☐ Plus froid

Décollement : ☐ Oui ☐ Non

Localisation/direction :

Contact osseux : ☐ Oui ☐ Non

Douleur spontanée : ☐ Oui ☐ Non

Douleur à la réalisation du soin : ☐ Aucune ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Forte ☐ Soins impossibles

Evolution de la plaie : ☐ Amélioration ☐ Stable ☐ Dégradation

Protocole de soins actuel :

Décharge prescrite : ☐ Oui ☐ Non

Préciser :

Le patient a-t-il eu un doppler ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaire :

Pièce(s) jointe(s) au formulaire :

☐ Oui ☐ Non

Si la demande est complète, valider et signer :

Valider et signer