

PRESCRIPTION DE PANSEMENTS PLAIE POST OPERATOIRE OU PLAIE CHRONIQUE

V8

Patient

Nom : Nom jeune fille Prénom : Date naissance : Poids : kg

ORDONNANCE

Date Ordonnance : ALD : ----- Médecin : -----

SOINS INFIRMIERS (1 ordonnance par plaie)

Plaie

Faire pratiquer par IDE ----- le pansement y compris dimanche et jours fériés. Renouveler le pansement ----- pendant -----.

Type ----- **Localisation** : **Description** : ----- et à hauteur de %
Dimensions(cm) (L x l x P) : x x **Peau périphérique** : -----

Protocole

Ablation de fils/d'agrafes ----- Si oui, Précisez le nombre de fils/points : ----- à retirer à J .

Lavage **Laver** -----

Rincer au sérum Physiologique et sécher la peau péri lésionnelle par tamponnement.

Détersion ----- et -----

Soins de la peau péri lésionnelle : détersion des ----- et hydratation par crème émolliente.

PRODUITS de SANTE

Pansement Primaire

Pansements selon le stade de la plaie : (Les différents pansements primaires (hors pansements au charbon actif) ne sont pas destinés à être associés sur une même plaie).

Phase de détersion, nécrose (plaie sèche)	Hydrogel : -----
Phase de détersion, fibrine (exsudats faibles)	Hydrogel : -----
Phase de détersion, fibrine (exsudats importants)	Hydrofibre : ----- ou Alginate : -----
Phase de bourgeonnement (très exsudatif)	Hydrofibre : ----- ou Alginate : ----- ou Hydrocellulaire : -----
Phase de bourgeonnement (exsudats modérés)	Hydrocellulaire Abs Moyenne : ----- ou hydrocolloïde : -----
Phase d'épidermisation	hydrocolloïde : ----- ou Pansements gras/Interface : -----

Autres Pansements :

Plaie infectés (A l'argent) : -----	Plaies avec retard de cicatrisation : -----	Plaies malodorantes (Charbon) : -----
-------------------------------------	---	---------------------------------------

Pansement Secondaire

Type : ----- Taille (cm)(L x l) : x boîte(s)

Produit de maintien

Type : ----- Largeur (Bande) : ----- boîte(s)

Autres Produits / Accessoires 1

Sets de pansements (3 soins) : -----	Quantité : boîte(s)
Compresses stériles : -----	Quantité : boîte(s) de 20
Sparadrap : -----Taille (L x l) : x	Quantité : unité(s)
Sérum physiologique : -----	Quantité : flacon(s)
Antiseptique : -----	Quantité : flacon(s)
Crème (interface) : -----	Quantité : unité(s)
Vaseline : -----	Quantité : unité(s)
Corticoïde : -----	Quantité : unité(s)
Antibiotique : -----	QSP jours de traitement
Antalgique : -----	QSP jours de traitement
Autre :	Quantité : unité(s)

Commentaire :

Service de Chirurgie de la main : **URGENCE MAINS : 04 13 42 92 70**

Prise de rendez vous : 04 13 42 92 72/73

Hospitalisation et chirurgie ambulatoire : 04 13 42 92 70

CHU TIMONE

Finess : 13078604 9

Chirurgie de la main

Chirurgie plastique et réparatrice des membres

né(e) le

Tel : 0413429260/61/62 Fax : 0491381439

né(e)

Poids : Kg

Marseille, le

ORDONNANCE de MEDICAMENTS et de PANSEMENTS

Les pansements primaires (au contact direct de la plaie, en dehors de ceux au charbon actif) ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie (HAS). Respecter les durées d'application pour une bonne évolution de la plaie, le confort du patient et une réduction du coût. Changement du pansement primaire à saturation ou en cas de décollement.

Soin de plaie de type_----- Localisation : Dimensions de la plaie : x x

Pansements :

1. Pansement primaire :

2. Pansement secondaire :

----- Taille (L xl) : x Unité(s).

3. Produit de maintien

----- Largeur : ----- Unités

Autres Produits / Accessoires

-----	boite(s) de 3
----- 7.5 x 7.5	boite(s) de 20
----- Taille x	unité(s)
-----	flacon(s)
-----	flacon(s)
-----	unité(s)
-----	unité(s)
-----	unité(s)
-----	QSP Jours de traitement
-----	QSP Jours de traitement
-----	unité(s)

Ordonnance pour -----. Pansement à changer ----- .

Commentaire :

(Signature et tampon obligatoire)

Service de Chirurgie de la main : **URGENCE MAINS : 04 13 42 92 70**

Prise de rendez vous : 04 13 42 92 72/73

Hospitalisation et chirurgie ambulatoire : 04 13 42 92 70

CHU TIMONE

Finess : 13078604 9

Chirurgie de la main

Chirurgie plastique et réparatrice des membres

né(e) le

Tel : 0413429260/61/62 Fax : 0491381439

né(e)

Poids : Kg

Marseille, le

Ordonnance pour l'infirmière

Faire pratiquer par IDE ----- les soins de pansement ----- pendant une durée de ----- y compris dimanche et jours fériés.

• **Caractéristique de la plaie**

----- **Localisation :** **Description :** ----- à hauteur de %

Dimensions de la plaie (L x l x P) : x x **Peau périphérique :** -----

• **Protocole de soin**

Ablation de fils/d'agrafes ----- Si oui, Précisez le nombre de fils/points : ----- à retirer à J .

Lavage **Laver** -----

Rincer au sérum Physiologique et sécher la peau péri lésionnelle par tamponnement.

Détersion ----- et -----

Soins de la peau péri lésionnelle : détersion des ----- et hydratation par crème émolliente.

• **Ordonnance pour -----.** **Pansement à changer** ----- .

• **Pansement primaire**

Les pansements primaires (au contact direct de la plaie, en dehors de ceux au charbon actif) ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie (HAS). Respecter les durées d'application pour une bonne évolution de la plaie, le confort du patient et une réduction du coût. Changement du pansement primaire à saturation ou en cas de décollement.

• **Pansement secondaire :**

----- Taille (L x l) : x et en maintien, appliquer la (le) ----- de ----- .

• **Autres Produits / Accessoires**

-----	boite(s) de 3
----- 7.5 x 7.5 boite(s) de 20	boite(s) de 20
----- Taille x	unité(s)
-----	flacon(s)
-----	flacon(s)
-----	unité(s)
-----	unité(s)
-----	unité(s)
-----	QSP Jours de traitement
-----	QSP Jours de traitement
-----	unité(s)

• **Commentaire :**

(Signature et tampon obligatoire)

Service de Chirurgie de la main : **URGENCE MAINS : 04 13 42 92 70**

Prise de rendez vous : 04 13 42 92 72/73

Hospitalisation et chirurgie ambulatoire : 04 13 42 92 70