|  |  |
| --- | --- |
|  | Etiquette patient |

|  |
| --- |
| CLINIQUE DES PLAIES – QUESTIONNAIRE MEDICAL |

Vous avez un premier rendez-vous à la Clinique des Plaies du CHU UCL Namur – site Godinne.

Afin de mieux cerner votre pathologie et d’améliorer votre prise en charge, nous vous demandons de remplir ce questionnaire à l’aide de votre médecin traitant ou de votre médecin référent.

## Quel médecin vous envoie ?

### …………………………………………………………………………………………………………..

# Dans quel type de logement vivez-vous (domicile, maison de repos, …) ?

### …………………………………………………………………………………………………………..

## Où se situe votre plaie ?

### …………………………………………………………………………………………………………..

# Comment est apparue votre plaie ?

### …………………………………………………………………………………………………………..

### …………………………………………………………………………………………………………..

### …………………………………………………………………………………………………………..

# A quelle date est apparue votre plaie ?

### …………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous pris des antibiotiques pour traiter la plaie ? | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, lesquels et durant combien de temps ?………………………………………………………....…………………………………..…………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Etes-vous vacciné contre le tétanos ? | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, date de la dernière injection ? …………………………………………………………… | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quels traitements ont déjà été appliqués sur la plaie ? Les traitements utilisés ont-ils été efficaces ?…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Comment est traitée la plaie actuellement ?…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Portez-vous des bas/bandes de contention élastique ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, de quelle classe s’agit-il ? | ……………………………………………………………… | | | | |
| Avez-vous des facteurs de risque ? | | | |  |  |
| * Tabac : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Alcool : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Hypertension artérielle : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Diabète : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Cholestérol : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Varices : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Problèmes artériels connus : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| * Chirurgie récente : | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Anamnèse diététique | | | |  |  |
| Quel est votre poids (mesuré) et votre taille ? | | .………………………………………… | | | |
| * Avez-vous perdu du poids ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, combien de kg et en combien de temps | | | ……………………………………… | | |
| Était-ce volontaire ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Avez-vous moins d’appétit ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Avez-vous besoin d’aide pour vous mobiliser ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, laquelle ? | | | |  |  |
| ………………………………………………………....…………………………………..……..…………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
|  | | | | | |
| Quels sont vos antécédents médicaux ?…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Quels sont vos antécédents chirurgicaux ?…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Avez-vous des allergies (médicamenteuses, pansements, crèmes…) ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| Si oui, lesquelles et quelle réaction faites-vous ? ………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………… | | | | | |
| Quel traitement prenez-vous quotidiennement ? | | | | **Ο** OUI | **Ο** NON |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| Avez-vous déjà réalisé des examens complémentaires pour le bilan de la plaie (prise de sang, radiographie, doppler…) ?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |

**Pourriez-vous joindre les résultats des différents examens déjà réalisés?**

Nous vous remercions pour votre collaboration.

**L’équipe de la Clinique des Plaies.**