



IDENTIFICATION DE L'USAGER

No. DOSSIER : _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M

NAM : _____ EXP : ____ / ____

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE
EN SOINS DE PLAIES

- Le présent contrat a pour objet de déterminer les objectifs **communs** en regard de la prise en charge de votre plaie.
- Votre collaboration est déterminante afin d'arriver au résultat visé.**
- Ce consentement se veut libre et éclairé avec l'équipe soignante.

INITIALES

Usager	Professionnel	Il a été convenu ce qui suit : <input type="checkbox"/> Avec vous <input type="checkbox"/> Proche aidant <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
		Date : 20 ____ - ____ - ____ Site de la plaie : _____ Type de plaie : _____ Histoire de la plaie : _____

NIVEAU D'INTERVENTION VISÉ / RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR LA PLAIE COMPLEXE

<input type="checkbox"/> CURATIF :	<input type="checkbox"/> Tenter de guérir la plaie <input type="checkbox"/> Prévenir les infections <input type="checkbox"/> Soutenir les AVQ/AVD <input type="checkbox"/> Intervenir sur les facteurs de risques	<input type="checkbox"/> Protéger les tissus environnants et la plaie <input type="checkbox"/> Rendre disponible équipements, fournitures et ressources <input type="checkbox"/> L'adhésion volontaire de l'utilisateur au traitement est obligatoire <input type="checkbox"/> Amélioration de la plaie après 3 semaines de traitement	<input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> MAINTIEN :	<input type="checkbox"/> Stabiliser la plaie <input type="checkbox"/> Contrôler l'exsudat /odeur <input type="checkbox"/> Maintenir les AVQ/AVD	<input type="checkbox"/> Gérer la douleur ou l'inconfort <input type="checkbox"/> Sans infection <input type="checkbox"/> Un retour au niveau curatif est possible	<input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> PALLIATIF :	<input type="checkbox"/> Potentiel faible à guérir <input type="checkbox"/> Contrôler l'exsudat /odeur <input type="checkbox"/> Accompagner les AVQ/AVD <input type="checkbox"/> Respecter les besoins de soins souhaités	<input type="checkbox"/> Promouvoir le confort et traiter la douleur <input type="checkbox"/> Sans infection <input type="checkbox"/> Respecter les souhaits de fin de vie	<input type="checkbox"/> N/A

SUIVI DU TRAITEMENT ET SURVEILLANCE OBLIGATOIRE AU CONTRAT

	<input type="checkbox"/> Observer chaque jour votre plaie <input type="checkbox"/> Aviser votre infirmière si : <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/> Inquiétude <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Examens <input type="checkbox"/> Changement d'état de santé <input type="checkbox"/> Fournir un endroit adéquat pour l'entreposage du matériel et de l'équipement <input type="checkbox"/> Évaluation de votre infirmière une fois par semaine <input type="checkbox"/> Suivi téléphonique au besoin <input type="checkbox"/> _____
--	--

NOTES COMPLÉMENTAIRES DE L'INFIRMIÈRE

En cas de **divergence** relatif à l'interprétation ou à l'application des consignes du présent contrat, les parties conviennent d'avoir **une discussion** pour améliorer la situation. **Au besoin, elle pourrait être soumise à l'intervenant pivot, à une discussion de cas interdisciplinaire, au comité d'éthique clinique, etc.**

Signature de l'utilisateur / proche aidant : _____ Initiales : _____ Date : 20 ____ - ____ - ____

Signature de l'infirmière : _____ Initiales : _____ Date : 20 ____ - ____ - ____

Cessé le : 20 ____ - ____ - ____

Justifications : _____



IDENTIFICATION DE L'USAGER

No. DOSSIER : _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M

NAM : _____ EXP : ____ / ____

**CONTRAT THÉRAPEUTIQUE
EN SOINS DE PLAIES COMPLEXES**

INITIALES

Usager	Professionnel
--------	---------------

ANTÉCÉDENTS POUVANT INFLUENCER LE PROCESSUS DE CICATRISATION

- | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MVAS | <input type="checkbox"/> MCAS | <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> Dyslipidémie |
| <input type="checkbox"/> Thrombophlébite profonde | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse | <input type="checkbox"/> Néoplasie | <input type="checkbox"/> Œdème MI ou MS | <input type="checkbox"/> Varices |
| <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique | <input type="checkbox"/> Néphropathie | <input type="checkbox"/> Rétinopathie | <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle | <input type="checkbox"/> Sédentarité | <input type="checkbox"/> Processus infectieux | <input type="checkbox"/> Tabac |
| <input type="checkbox"/> Âge avancée (>70 ans) | <input type="checkbox"/> Dénutrition / Score MNA : _____ | <input type="checkbox"/> Allergie : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | | |

MÉDICAMENTS POUVANT INFLUENCER LE PROCESSUS DE CICATRISATION

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AINS | <input type="checkbox"/> Analgésiques | <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Antinéoplasiques |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytique | <input type="checkbox"/> Corticostéroïdes | <input type="checkbox"/> Hypoglycémiantes | <input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

GESTION DE LA DOULEUR

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Localisation : _____ | Intensité : ____ / 10 |
| Type : <input type="checkbox"/> Élançement | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Picotement | <input type="checkbox"/> Engourdissement |
| | | <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Vive |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

MESURE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

- | | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Propre (SAD) | <input type="checkbox"/> Technique stérile | <input type="checkbox"/> Port d'un masque | <input type="checkbox"/> Lunette | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Culture de plaie : | Date : 20__ - ____ - ____ | <input type="checkbox"/> Bactéries multi résistantes : _____ | | |

THÉRAPIE DE COMPRESSION ET DE SOUTIEN

Résultat Indice tibio-brachial (ITB) : _____ MID MIG N/A

- | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> SurePress | <input type="checkbox"/> Tubigrip : _____ mmHg | <input type="checkbox"/> Comprilan | <input type="checkbox"/> Coban | <input type="checkbox"/> Bas de soutien | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| Fréquence : <input type="checkbox"/> Garder jour et nuit <input type="checkbox"/> Retirer HS/Remettre au lever ou après 15 minutes couché | | | | | |
| Surveiller tolérance : coloration, chaleur, mobilité, sensibilité (CCMS) régulièrement | | | | | |

MISE EN DÉCHARGE / SURFACE THÉRAPEUTIQUE

MID MIG N/A

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Semelle orthopédique moulée | <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Béquilles | <input type="checkbox"/> Soulier orthopédique | <input type="checkbox"/> Orthèse de contact total |
| <input type="checkbox"/> Botte de décharge au talon | <input type="checkbox"/> Marchette | <input type="checkbox"/> Attelle plâtré | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Orthèse pédieuse-tibiale |
| <input type="checkbox"/> Sandale orthopédique de décharge : | <input type="checkbox"/> Avant pied | <input type="checkbox"/> Talon | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |
| Horaire de positionnement : _____ | | <input type="checkbox"/> Au lit | <input type="checkbox"/> À la marche | <input type="checkbox"/> Au fauteuil |
| Surveiller site de pression au retrait de la décharge | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Au fauteuil | <input type="checkbox"/> En tout temps |

ASPECTS PSYCHOSOCIAUX

- Préoccupations de l'utilisateur / proche aidant :
- Compréhension adéquate des risques et bénéfices
- Niveau de motivation :
- Problèmes psychosociaux :

CONSULTATIONS ET COLLABORATION EN ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

N/A

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Référence accueil clinique | <input type="checkbox"/> Inf. experte en plaie/2 ^e ligne |
| <input type="checkbox"/> Orthésiste | <input type="checkbox"/> T.S. | <input type="checkbox"/> Inf. liaison | <input type="checkbox"/> Inf. soins de pied (privé) | <input type="checkbox"/> Inf. experte en plaie/1 ^{re} ligne |
| <input type="checkbox"/> Médecin : _____ | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | Raison : _____ | |

SUIVI

Inclure dans le formulaire : Enseignement de base à l'utilisateur Feuille ou carnet de suivi à l'utilisateur Calendrier des rencontres interdisciplinaires

Signature du professionnel : _____ Date : 20__ - ____ - ____