



**Réseau DIAMIP**

**Cahier de Suivi de Cicatrisation**  
Médecins - Infirmier(e)s - Pédicure-podologue- Kiné



**Vos références au Centre de Cicatrisation de Diabétologie :**

➤ **Médecins :**

➤ **Infirmières :**

➤ **Cadre Infirmier :**

➤ **Pédicures podologues :**

➤ **Kinésithérapeute :**

**Numéro d'urgence :**

**Ne pas oublier de présenter ce carnet à votre médecin, votre infirmier(e), votre pédicure podologue, votre kinésithérapeute.**



**Ce carnet appartient à :**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse:.....	
.....	.....
Ville : .....	Code postal :.....
Tel : .....	
Autosurveillance glycémique : lecteur :..... année mise en service :.....	

**Medecin Traitant :**

Nom /Prénom : .....	Associé : .....
Adresse:.....	
Ville : .....	Code postal :.....
Tel : .....	Tel associé : .....

**Medecin Diabetologue :**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse:.....	
Ville : .....	Code postal :.....
Tel : .....	

**Infirmier(e)s Liberal(e)s :**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse:.....	
Ville : .....	Code postal :.....
Tel : .....	

**Vos infirmiers chez eux :**

.....	Tel :.....
.....	Tel :.....
.....	Tel :.....
.....	Tel :.....
.....	Tel :.....

**Pedicure Podologue :**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse:.....	
.....	.....
Ville : .....	Code postal :.....
Tel : .....	

**Allergies :**

--

**Vaccin antitétanique :**

--



# **Pédicure - podologue**



## DECHARGE DE LA PLAIE et CHAUSSAGE :

**Date :**

**Décharge :**

- chaussure décharge avant-pied
- chaussure décharge talon
- orthèse plantaire
- chaussure sur mesure
- botte de décharge

Cannes anglaises

Fauteuil roulant

autre : .....



## AVIS PODOLOGUE :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :

➤ Date : Nom Pédicure-podologue :



# **Kinésithérapeute**



## AVIS KINÉSITHÉRAPEUTE :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :

➤ Date : Nom Kinésithérapeute :





# Traitement



## TRAITEMENT ACTUEL

Date :

### Horaires de prises

Traitement général	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22

Anticoagulants	Matin		Midi		Après-midi		Soir	

Traitement Diabétologique	Matin		Midi		Après-midi		Soir	

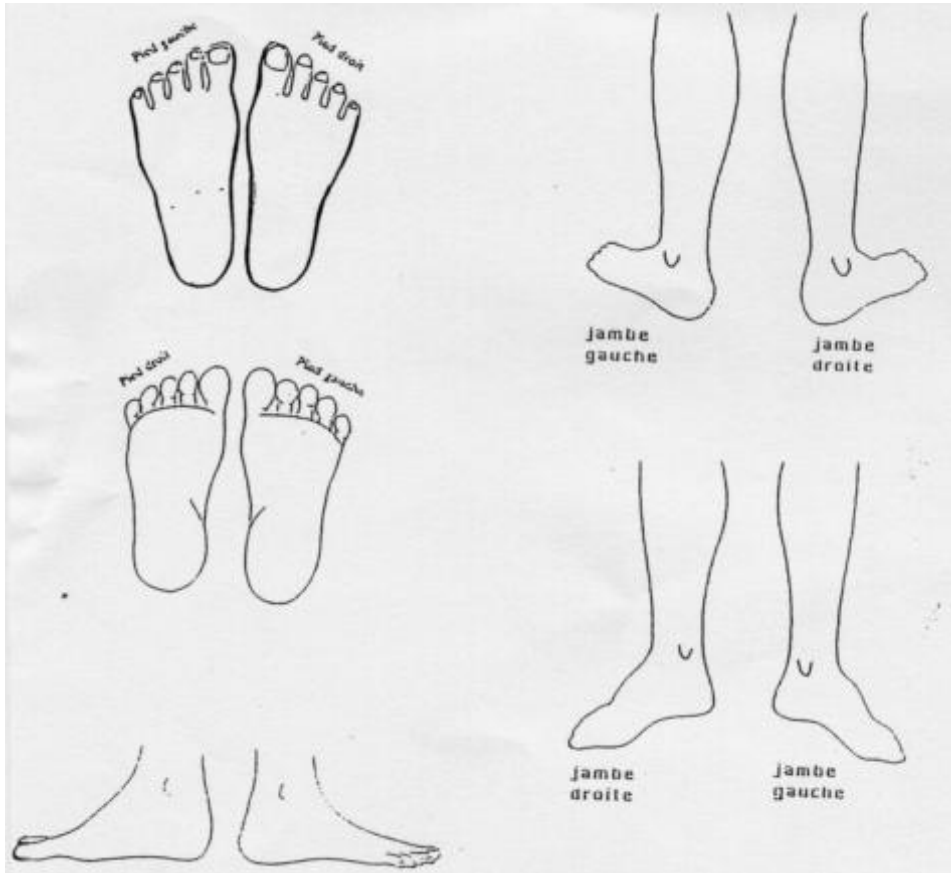
Antalgiques	Matin		Midi		Après-midi		Soir	

**Allergies :**



# **Localisation des plaies et Prescription de pansements**

## Localisation de la plaie



<b>P</b>	Plaie		<b>EP</b>	Ecoulement purulent
<b>G</b>	Gauche	---->	<b>P</b>	Pertuis
<b>D</b>	Droit		<b>F</b>	Fibrine
<b>E</b>	Exsudat		<b>N</b>	Nécrose
<b>HK</b>	HyperKératose		<b>M</b>	Mycose
<b>I</b>	Inflammation		<b>O</b>	Œdème

## Prescription pour le pansement

Plaie				
Date début protocole				
Date arrêt protocole				

### Prescripteur :

#### Désinfection :

Dakin	ρ	Chlorhexidine	ρ
Bétadine Scrub	ρ	Chlorure Sodium 0,9%	ρ
Bétadine Dermique	ρ	Savon doux + eau robinet (douche)	ρ
Eau Boriquée	ρ	Eau oxygénée	ρ

#### Détersion :

manuelle	ρ	oui	ρ	non	ρ
chimique *	ρ			Fibrine	ρ
				Hyperkératose	ρ
				Nécrose	ρ

#### Irrigation du pertuis :

avec cathéter	ρ	avec seringue	ρ
---------------	---	---------------	---

#### Pansement médicamenteux :

* Hydrocellulaire	ρ	Acide Hyaluronique	ρ
Hydrogel	ρ	Charbon	ρ
Fibrinolytique	ρ	Hydrocolloïde	ρ
Alginate de Calcium	ρ	Pansement non adhérent	ρ
		Pansement sec	ρ
		Pansement Gras	ρ
		autre : .....	

#### Fermeture :

Comresse	ρ	oui	ρ	non	ρ
Pansement absorbant	ρ			Pansement adhésif	ρ
				Bande	ρ

#### Contention :

	oui	ρ	non	ρ
--	-----	---	-----	---

#### Fréquence :

tous les jours	ρ	..... fois / semaine
tous les 2 jours	ρ	

#### Commentaires :



# **Antibiothérapie**



**Antibiothérapie**

<b>Date :</b>  <b>Prescripteur :</b>  <b>Signature :</b>	<b>Antibiotique / posologie :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Voie d'administration :</b> ..... ..... .....	<b>Date d'arrêt :</b> ..... ..... .....	<b>Cause d'arrêt :</b> ..... ..... .....
	<b>Type cathéter :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date pose :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date ablation :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Commentaires :</b> ..... ..... .....
<b>Date :</b>  <b>Prescripteur :</b>  <b>Signature :</b>	<b>Antibiotique / posologie :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Voie d'administration :</b> ..... ..... .....	<b>Date d'arrêt :</b> ..... ..... .....	<b>Cause d'arrêt :</b> ..... ..... .....
	<b>Type cathéter :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date pose :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date ablation :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Commentaires :</b> ..... ..... .....
<b>Date :</b>  <b>Prescripteur :</b>  <b>Signature :</b>	<b>Antibiotique / posologie :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Voie d'administration :</b> ..... ..... .....	<b>Date d'arrêt :</b> ..... ..... .....	<b>Cause d'arrêt :</b> ..... ..... .....
	<b>Type cathéter :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date pose :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Date ablation :</b> 1)..... 2)..... 3).....	<b>Commentaires :</b> ..... ..... .....



# Grille de transmissions

(1 fiche par plaie)



**Grille d'évaluation hebdomadaire de la plaie**

**Plaie : .....**

<p><b>Date :</b></p> <p><b>Nom IDE :</b></p> <p><b>Signature :</b></p>	<p>- douleur            oui ρ    non ρ EVA .....</p> <p>- rougeur            oui ρ    non ρ</p> <p>- fibrine             oui ρ    non ρ</p> <p>  % de fibrine .....</p> <p>- nécrose            oui ρ    non ρ</p> <p>- pus                 oui ρ    non ρ</p> <p>- pertuis            oui ρ    non ρ</p> <p>- exsudat            oui ρ    non ρ</p> <p>- odeur              oui ρ    non ρ</p>	<p>- berges :</p> <p>-&gt; inflammatoires    oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; macérées            oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; oedémaciées        oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; autre : .....</p>	<p><b>Evolution :</b></p> <p>bourgeonnement   oui ρ    non ρ</p> <p>bonne évolution :   oui ρ    non ρ</p>	<p><b>Transmissions :</b></p>
<p><b>Date :</b></p> <p><b>Nom IDE :</b></p> <p><b>Signature :</b></p>	<p>- douleur            oui ρ    non ρ EVA .....</p> <p>- rougeur            oui ρ    non ρ</p> <p>- fibrine             oui ρ    non ρ</p> <p>  % de fibrine .....</p> <p>- nécrose            oui ρ    non ρ</p> <p>- pus                 oui ρ    non ρ</p> <p>- pertuis            oui ρ    non ρ</p> <p>- exsudat            oui ρ    non ρ</p> <p>- odeur              oui ρ    non ρ</p>	<p>- berges :</p> <p>-&gt; inflammatoires    oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; macérées            oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; oedémaciées        oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; autre : .....</p>	<p><b>Evolution :</b></p> <p>bourgeonnement   oui ρ    non ρ</p> <p>bonne évolution :   oui ρ    non ρ</p>	<p><b>Transmissions :</b></p>
<p><b>Date :</b></p> <p><b>Nom IDE :</b></p> <p><b>Signature :</b></p>	<p>- douleur            oui ρ    non ρ EVA .....</p> <p>- rougeur            oui ρ    non ρ</p> <p>- fibrine             oui ρ    non ρ</p> <p>  % de fibrine .....</p> <p>- nécrose            oui ρ    non ρ</p> <p>- pus                 oui ρ    non ρ</p> <p>- pertuis            oui ρ    non ρ</p> <p>- exsudat            oui ρ    non ρ</p> <p>- odeur              oui ρ    non ρ</p>	<p>- berges :</p> <p>-&gt; inflammatoires    oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; macérées            oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; oedémaciées        oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; autre : .....</p>	<p><b>Evolution :</b></p> <p>bourgeonnement   oui ρ    non ρ</p> <p>bonne évolution :   oui ρ    non ρ</p>	<p><b>Transmissions :</b></p>
<p><b>Date :</b></p> <p><b>Nom IDE :</b></p> <p><b>Signature :</b></p>	<p>- douleur            oui ρ    non ρ EVA .....</p> <p>- rougeur            oui ρ    non ρ</p> <p>- fibrine             oui ρ    non ρ</p> <p>  % de fibrine .....</p> <p>- nécrose            oui ρ    non ρ</p> <p>- pus                 oui ρ    non ρ</p> <p>- pertuis            oui ρ    non ρ</p> <p>- exsudat            oui ρ    non ρ</p> <p>- odeur              oui ρ    non ρ</p>	<p>- berges :</p> <p>-&gt; inflammatoires    oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; macérées            oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; oedémaciées        oui ρ    non ρ</p> <p>-&gt; autre : .....</p>	<p><b>Evolution :</b></p> <p>bourgeonnement   oui ρ    non ρ</p> <p>bonne évolution :   oui ρ    non ρ</p>	<p><b>Transmissions :</b></p>