

# Check-list consultation évaluation plaie traînante

**Utilisation** :- Cocher Présent/Absent.- Évaluer Impact : Faible, Modéré, Important.- Noter Action prioritaire (bilan, avis spécialiste, mesure corrective, etc.).Imprimer en A4 paysage pour une lisibilité optimale.

## Facteurs généraux

Facteur	Présent/Absent	Impact	Action
Âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Ancienneté de la plaie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Tabagisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Énolisme / alcoolisation chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Troubles circulatoires : insuffisance veineuse, lymphatique, artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Douleur chronique et stress physiologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Malnutrition / dénutrition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

Carences protéiques et en micronutriments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Troubles neurologiques centraux ou périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Troubles de la marche, déséquilibre, chutes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Cancer évolutif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Anémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Hypoxémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Défaillance d'organe : insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique ou rénale sévère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Démence, troubles neuropsychiatriques, syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Immunodépression : VIH, hémopathie, post-greffe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Maladies inflammatoires systémiques, auto-immunes ou vasculitiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Fragilité gériatrique et polymédication	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

Hygiène défectueuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
---------------------	---	--	--

## Facteurs locaux

Facteur	Présent/Absent	Impact	Action
Œdème	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Infection locale ou profonde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Biofilm	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Zone irradiée / antécédent de radiothérapie locale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Facteurs mécaniques : frottement, cisaillement, appui anormal, pression répétée, chaussage ou appareillage inadapté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Hyperbourgeonnement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Hyperkératose périphérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Éversion, invagination ou enroulement des berges ; berges stagnantes., pont de peau	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Plaie trop cavitaire ou géométrie défavorable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Facteurs cutanés périlésionnels : lipodermatosclérose, atrophie cutanée, sclérodermie, eczéma, dermite périphérique, macération, sécheresse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

Fond de la plaie : fibrine, nécrose, hématome, débris, charge inflammatoire excessive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Exposition osseuse, tendineuse ou articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Corps étrangers ou matériel résiduel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Insuffisance veino-lymphatique fonctionnelle au membre atteint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Raideur, ankylose de cheville, varus équin, dysfonction de la pompe musculaire du mollet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Hypoperfusion / ischémie locale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

## Facteurs iatrogènes

Facteur	Présent/Absent	Impact	Action
Pathergie (à évoquer surtout dans certaines dermatoses neutrophiliques comme le pyoderma gangrenosum)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Douleur induite par les soins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Médicaments : AINS, corticothérapie au long cours, chimiothérapie, immunosuppresseurs, HYDREA®, NICORANDIL, anticoagulants / antiagrégants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Intolérances ou allergies de contact : pansements, bandes, crèmes, adhésifs, antiseptiques, topiques divers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Antiseptiques au long cours : cytotoxicité, altération de l'équilibre microbien local	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Soins inadaptés : macération, absence de détersion, détersion excessive, méchage forcé, pansement inadapté à l'exsudat, compression inappropriée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Absence ou insuffisance de traitement étiologique : pas de compression si ulcère veineux, pas de décharge si plaie du pied, retard à	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

revasculariser, retard diagnostique			
Traumatisme répété par les soins ou par un matériel thérapeutique mal adapté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

## Facteurs psychosociaux / comportementaux

Facteur	Présent/Absent	Impact	Action
Isolement social	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Précarité socio-économique, difficultés d'accès aux soins, au matériel ou aux transports	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Faible littératie en santé / mauvaise compréhension du plan de soins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Mauvaise observance ou faible adhésion à la compression, à la décharge, aux pansements ou au suivi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Refus de soins ou épuisement thérapeutique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Anxiété, dépression, syndrome de stress chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Douleur avec retentissement fonctionnel, émotionnel ou comportemental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Sédentarité, évitement de la mobilisation, perte de confiance à la marche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	

Conduites addictives persistantes : tabac, alcool, autres substances	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	
Contexte familial ou environnemental défavorable : absence d'aidant, logement inadapté, difficultés d'hygiène, surcharge domestique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Important	