



# Fiche de Protocole de Pansement Post-Op.

(à destination de l'infirmière libérale prenant en charge le patient)

<b>Identification du prescripteur</b> (tampon) :  	<b>Identification du patient</b> (étiquette) :  
--	--

<b>Type de plaie</b> :  <b>Etat de la plaie</b> : <i>N = Nécrotique - B = Bourgeonnante</i> <i>F = Fibrineuse - E = Epiderrmisante - EX = Exsudative (de + à +++)</i>	<b>Date et Signature du prescripteur</b> :  
---	--

<b>1 - NETTOYAGE – DETERSION (*)</b>	<b>2 - RINCAGE (Sérum Phy) - SECHAGE</b>	<b>3 - ANTISEPTIE (*)</b>
<input type="checkbox"/> Alcool modifié à 70° <input type="checkbox"/> Amukine <input type="checkbox"/> Bétadine Scrub <input type="checkbox"/> Biseptine <input type="checkbox"/> Cetavlon alcoolique <input type="checkbox"/> Cytéal (**) <input type="checkbox"/> Dakin <input type="checkbox"/> Dermobacter (**) <input type="checkbox"/> Eau Oxygénée <input type="checkbox"/> Hexamidine <input type="checkbox"/> Hexomédine <input type="checkbox"/> Hexomédine transcut. <input type="checkbox"/> <u>Autre (préciser) :</u>		<input type="checkbox"/> Alcool modifié à 70° <input type="checkbox"/> Amukine <input type="checkbox"/> Bétadine dermique <input type="checkbox"/> Bétadine solution vaginale <input type="checkbox"/> Biseptine <input type="checkbox"/> Cetavlon alcoolique <input type="checkbox"/> Dakin <input type="checkbox"/> Eau Oxygénée <input type="checkbox"/> Hexamidine <input type="checkbox"/> Hexomédine <input type="checkbox"/> Hexomédine Transcutanée <input type="checkbox"/> Merfène <input type="checkbox"/> Septéal <input type="checkbox"/> <u>Autre (préciser) :</u>

<b>DISPOSITIF</b> (cf. Prescription Pharmacie) <input type="checkbox"/> Pansement Sec - <input type="checkbox"/> Pansement Gras - <input type="checkbox"/> Hydrocolloïde - <input type="checkbox"/> Hydrocellulaire - <input type="checkbox"/> Autre
---

<b>COMPLEMENT DE PRESCRIPTION</b>	
<b>Périodicité du pansement</b> : <input type="checkbox"/> Bi-quotidien pendant ..... jours <input type="checkbox"/> Quotidien pendant ..... jours <input type="checkbox"/> Tous les ..... jours pendant ..... jours <input type="checkbox"/> ..... fois par semaine  <input type="checkbox"/> Y compris dimanches et fériés <input type="checkbox"/> Jusqu'à cicatrisation  <input type="checkbox"/> <u>Autre (préciser) :</u>	<input type="checkbox"/> Méchage :  <input type="checkbox"/> Ablation des fils le : (ou à J....) <input type="checkbox"/> Ablation des agrafes le : (ou à J....)  <input type="checkbox"/> Laisser à l'air le : (ou à J....)  Consultation prévue le :  <u>Surveillance particulière</u> :

(\*) Marques déposées – Liste alphabétique des antiseptiques en solution les plus communément utilisés selon les Indications du Vidal 2002.  
 (\*\*) Rinçage abondant recommandé.