



**PRESCRIPTION MEDICALE D'ADMISSION EN HAD
POUR MISE EN PLACE D'UNE THERAPIE PAR
PRESSION NEGATIVE**

Date de la prescription : / /
Coordonnées du médecin prescripteur / service d'hospitalisation (NOM, Prénom, n° de téléphone et courriel) :

P A T I E N T	Nom usuel :	Prénom(s) :	
	Nom de naissance :	Date de naissance :	
	Adresse postale :		N° téléphone :
	Le patient est actuellement : ☐ A domicile ☐ Hospitalisé dans le service :		
	Antécédents significatifs :		
	Médecin traitant :		

ETHIOLOGIE DE LA PLAIE	
LOCALISATION DE LA PLAIE	
DIMENSION DE LA PLAIE	☐ Longueur : _____ cm ☐ Largeur : _____ cm ☐ Profondeur : _____ cm

	Pansement avec TPN classique (RENASYS EDGE®)	Pansement avec TPN à usage unique AVANCE SOLO®		Pansement avec TPN à usage unique PICO®
		AVANCE SOLO®	AVANCE SOLO® ADAPT	
PRODUIT DE REMPLISSAGE	☐ Mousse (noire) ☐ Gaze de remplissage (blanche)	☐ Gaze de remplissage	☐ Mousse verte	☐ Gaze de remplissage
DEPRESSION (mmHg)	☐ 60 ☐ 80 ☐ 100 ☐ 125 ☐ autre : ____ ☐ Continue ☐ Discontinue	125 mmHg		80 mmHg
CYCLE DE REFLECTION	☐ 3 Jours ☐ Autre : ____	☐ 7 Jours ☐ Autre : ____		☐ 3 Jours ☐ Autre : ____

Toute TPN doit être réévaluée a minima obligatoirement tous les 30 jours par le médecin prescripteur, la TPN pourra alors être renouvelée pour une durée de 30 jours. Date prochain RDV : / / Signature du médecin prescripteur + cachet (obligatoire) :
--