



# DEMANDE D'INCLUSION

Ce formulaire est destiné uniquement aux professionnels de santé ayant à charge un patient porteur de plaies et souhaitant un conseil du réseau Telap.

Merci de nous transmettre ce formulaire par mail [coordination@telap.org](mailto:coordination@telap.org) ou par fax **02 31 56 81 51** ainsi que le **doppler artério-veineux, le bilan sanguin.**

Suite à cet envoi, la coordination du réseau Telap vous recontactera pour planifier un RDV.



**Domoplaies**  
Un service *Therap-e*

## Informations patient

Nom

Prénom

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Caisse d'assurance maladie :

Poids :

Taille :

Téléphone

Adresse

## Plaies

Type de plaie

Nb de plaies :

Ancienneté plaie :

Localisation plaie

## IDE Requérante

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

N° adéli

Téléphone

Email

Adresse

## Etablissement

Nom

Prénom

Téléphone

Email

Adresse

## Médecin traitant

Nom

Prénom

Téléphone

Email

Adresse

Accord

## Médecin spécialiste

Nom

Prénom

Téléphone

Email

Spécialité

## Facteur de retard de cicatrisation

Insuffisance veineuse superficielle

Insuffisance veineuse profonde

AOMI

Œdème des Mi

Déficit immunitaire

Insuffisance rénale

Insuffisance cardiaque

Tabac

Diabète si oui DID  DNID

Infection

Albuminémie : g/l

CRP : mg/l

Doppler veineux

Doppler artériel



IMPERATIF

Impératif si ulcère  
des MI.  
CR obligatoire.

Motif de la demande et contexte  
(État général, mobilité, douleur ...)

Antécédents/pathologie associée

Traitement en cours

Commentaires

Réseau WI-FI

oui  non