**Date de la demande :**

**Demandeur**

**Identité du demandeur**

**Adresse de messagerie sécurisée du demandeur**

**Identité du patient**

**Nom:** **Prénom :**

**Date de naissance :** **Médecin traitant :**

**Adresse du patient** :

**Traitement général en cours** (*joindre l’ordonnance*):

**Antécédents** (DID, DNID, IR, dialyse,…)

**Statut vaccinal antitétanique**

**Ancienneté de la/des lésion(s)** *(approximativement en nombre de semaines)* :

**Localisation :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Evolution récente :**  stagne  s’aggrave  régresse

**Douleur :**  oui  non  non évaluée Si oui,  permanente  induite par les soins EVA :

**Traitement antalgique lié à la plaie**:

**Suintement:**  oui  non

**Etat de la peau périlésionnelle**:

**Protocole thérapeutique en cours**(joindre l’ordonnance et le diagramme de soins)**:**

**Etat nutritionnel et hydratation** (joindre un bilan biologique minimal avec ALBUMINEMIE RECENTE) :

**Angiologue, chirurgien vasculaire référent : :……………………………………………………………………………………………………..**

**Date de la dernière consultation : :……………………………………………………………………………………………………………………...**

**Exploration vasculaire récente**(si oui, joindre le résultat)**:**

**Cabinet infirmier réalisant les soins** (coordonnées impératives)**:**

**Le patient a été informé de la demande d'avis par télé-expertise :**  oui  non