**FORMULAIRE DE SOUMISSION DU CAS CLINIQUE**

**1. Description du·de la participant·e**

1. Nom, prénom

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Employeur (institution, service)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Contact (email ou téléphone, *pour toute question ou précision complémentaire)* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2. Description du·de la patient·e**

1. **Âge :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. **Sexe :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. **Antécédents médicaux pertinents**

*(Diabète, insuffisance veineuse/artérielle, maladies chroniques, maladies du système neurologique, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Médication actuelle**

*(Liste des médicaments)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**3. Description de la plaie**

1. **Type de plaie**

*(Escarre, ulcère veineux, plaie chirurgicale, déchirure cutanée, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Localisation anatomique**

*(Membre inférieur, sacrum, pied, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Dimensions de la plaie en cm**

(longueur x largeur x profondeur)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Évolution de la plaie**

* *Date de l’apparition*
* *Présentation écrite de l’évolution de la plaie à l’aide de photos hebdomadaires, accompagnée d’une explication détaillée des traitements associés à chaque photo*
* *Dans la présentation écrite merci de préciser le type et quantité de l’exsudat, odeur, tissus présents dans le lit de la plaie, bords réguliers/irréguliers, douleur, chaleur, état de la peau peri-lésionnelle, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**4. Contexte clinique et traitement**

1. **Facteurs de risque associés à la plaie**

*(Pression, malnutrition, mobilité réduite, incontinence, perte de sensibilité, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Difficultés rencontrées**

(*Mauvaise cicatrisation, douleurs, infections récurrentes, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Éléments particuliers ou facteurs influençant la prise en charge**

*(Conditions sociales, refus de traitement, interventions chirurgicales, contraintes familiales, non compliance du·de la patient·e, avis thérapeutiques divergents, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**5. Questions ou préoccupations spécifiques**

1. **Problèmes ou points spécifiques que vous aimeriez discuter lors de la formation**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**6. Documentation supplémentaire (facultatif)**

1. **Autres documents/informations pertinent·e∙s**

*(Résumés des rapports médicaux anonymisés, compte-rendu de consultations, analyses de laboratoire, etc.)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**7. Délais pour la transmission du cas clinique**

Merci de transmettre le formulaire complété au plus tard le 15 juillet 2025 afin de nous permettre de sélectionner les cas et de préparer la discussion.

**8. Consentement à la présentation du cas**

Je consens à ce que mon cas clinique soit présenté lors de la formation du 23 octobre 2025, en respectant l'anonymat du patient et en omettant toute information confidentielle qui pourrait permettre de l'identifier ou les personnes impliquées dans sa prise en charge.

**Date Signature du·de la participant·e**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ce formulaire permet de collecter toutes les informations nécessaires de manière structurée et complète, tout en respectant la confidentialité des patient∙e∙s et des professionnel·le·s impliqué·e·s.