Apparition d'escarre

Tableau d'observation

PATIENT Nom : _____ Prénom : _____

TABLEAU Date de la mise en place du tableau : _____/_____/_____

Si vous observez le symptôme mentionné : veuillez cocher ✔ et parapher ✔ *EP*

Si vous n'observez pas le symptôme mentionné : veuillez cocher ✖ et parapher ✖ *EP*

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
P Peau	La **peau** est-elle **rouge** ou **douloureuse** ?							
E État général	La personne dont vous vous occupez est-elle **malade ou pas bien** ? Doit-elle voir un médecin ?							
E État de mobilité	La personne dont vous vous occupez est-elle **incapable de bouger** ? Passe-t-elle la grande majorité du temps au **lit** ou au **fauteuil** ?							
A Apports nutritionnels	La **nutrition** est-elle **adéquate** (nourriture et boisson) ?							
U Humidité Urine	La personne dont vous vous occupez devient-elle **incontinente** (la peau est mouillée d'urine ou de selle) et aucun plan de soins n'est en place ?							