

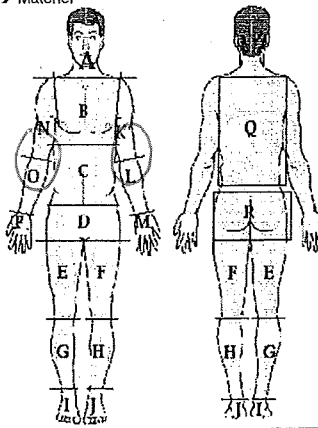
Mickey Mouse

Victor Hortaplein 4
1060 Brussel

M 15-08-2012
0473 22 02 18
Dr. Disney Land

Badge

L - SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

	Lu 01/03/2012	Ma / / 20	Me / / 20	Je / / 20	
<p>Surveillance et contrôle SANS SOINS</p> <p>→ Pansement (chirurgicale ou autres)</p> <p>→ Matériel</p> 	<input type="checkbox"/> Pansement → Zone + <input type="checkbox"/> Comfeel fermé → Zone + <input type="checkbox"/> Pleurevac → Nombre: → cm H2O <input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C <input type="checkbox"/> Drain: Thorax Zone B - Zone ... → Nombre: <input type="checkbox"/> Redon Zone ... → Nombre: → Sous vide: OUI / NON <input type="checkbox"/> Pansement après retrait matériel → Zone + <input checked="" type="checkbox"/> dermat: atypoch streim → Zone N.D x KL - Rode huid	<input type="checkbox"/> Pansement → Zone + <input type="checkbox"/> Comfeel fermé → Zone + <input type="checkbox"/> Pleurevac → Nombre: → cm H2O <input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C <input type="checkbox"/> Drain: Thorax Zone B - Zone ... → Nombre: <input type="checkbox"/> Redon Zone ... → Nombre: → Sous vide: OUI / NON <input type="checkbox"/> Pansement après retrait matériel → Zone + <input type="checkbox"/> Pansement compressif → Zone	<input type="checkbox"/> Pansement → Zone + <input type="checkbox"/> Comfeel fermé → Zone + <input type="checkbox"/> Pleurevac → Nombre: → cm H2O <input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C <input type="checkbox"/> Drain: Thorax Zone B - Zone ... → Nombre: <input type="checkbox"/> Redon Zone ... → Nombre: → Sous vide: OUI / NON <input type="checkbox"/> Pansement après retrait matériel → Zone + <input type="checkbox"/> Pansement compressif → Zone	<input type="checkbox"/> Pansement → Zone + <input type="checkbox"/> Comfeel fermé → Zone + <input type="checkbox"/> Pleurevac → Nombre: → cm H2O <input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C <input type="checkbox"/> Drain: Thorax Zone B - Zone ... → Nombre: <input type="checkbox"/> Redon Zone ... → Nombre: → Sous vide: OUI / NON <input type="checkbox"/> Pansement après retrait matériel → Zone + <input type="checkbox"/> Pansement compressif → Zone	
	<p>Soins aux sutures et orifices</p> <p>→ Traitement:</p> <input type="checkbox"/> Pansement sec aseptique date: ... / ...	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT
	<input type="checkbox"/> A l'isobétadine dermique date: ... / ...	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale Zone + → Fils - agraphes - steristrrips → Aspect: A.M. P.M. NUIT
	<input type="checkbox"/> Autres pansements date: ... / ...	<input type="checkbox"/> Drain - Redon → Nombre ... → Zone + → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Drain - Redon → Nombre ... → Zone + → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Drain - Redon → Nombre ... → Zone + → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Drain - Redon → Nombre ... → Zone + → Aspect: A.M. P.M. NUIT
	<input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C → Aspect: A.M. P.M. NUIT	<input type="checkbox"/> Fils PM extern Zone C → Aspect: A.M. P.M. NUIT	
SIGNATURE	A.M. P.M. NUIT				

L - SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

	Lu 01 / 03 / 20 18	Ma / / 20	Me / / 20
Soins simples de plaies ouvertes → <u>Traitement</u> : Date: 29 / 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nettoyer au NaCl 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Pansement sec aseptique <input checked="" type="checkbox"/> A l'isobétadine dermique <input type="checkbox"/> Comfeel: x cm <input type="checkbox"/> Melolin - Spongostan <input type="checkbox"/> Tulle gras <input type="checkbox"/> Pansement compressif <input type="checkbox"/> Bande velpeau <input type="checkbox"/> Autres:	<input checked="" type="checkbox"/> escarre ouvert <input type="checkbox"/> autre → Zone E + G → Ø: 5... Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input checked="" type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input checked="" type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT <input type="checkbox"/> Point d'insertion ouvert après retrait matériel → Zone + → Aspect: <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Sanglant → A.M. - P.M. - NUIT	<input type="checkbox"/> escarre ouvert <input type="checkbox"/> autre → Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT <input type="checkbox"/> Point d'insertion ouvert après retrait matériel → Zone + → Aspect: <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Sanglant → A.M. - P.M. - NUIT	<input type="checkbox"/> escarre ouvert <input type="checkbox"/> autre → Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT <input type="checkbox"/> Point d'insertion ouvert après retrait matériel → Zone + → Aspect: <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Sanglant → A.M. - P.M. - NUIT
Soins complexes de plaies ouvertes → <u>Traitement</u> : Date: ... / ... <input type="checkbox"/> Nettoyer à NaCl 0,9% <input type="checkbox"/> A l'isobétadine dermique <input type="checkbox"/> Irrigation à, <input type="checkbox"/> Débridement <input type="checkbox"/> Méchage <input type="checkbox"/> Autres:	→ Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT	→ Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT	→ Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Infecté <input type="checkbox"/> Exsudat <input type="checkbox"/> Fibrineux <input type="checkbox"/> Sanglant <input type="checkbox"/> Nécrosé → A.M. - P.M. - NUIT
Soins lésions dermatologique → <u>Traitement</u> : Date: 29 / 9 <input type="checkbox"/> Nettoyer à NaCl 0,9% <input type="checkbox"/> Purilon + Comfeel plus x cm <input type="checkbox"/> Comfeel: x cm <input type="checkbox"/> Daktar spray <input type="checkbox"/> Eosine <input type="checkbox"/> Neocutigenol - Hemeran <input type="checkbox"/> Bande velpeau <input checked="" type="checkbox"/> Autres: Delphi crème 20g 1mg/1g 1/1	<input type="checkbox"/> escarre fermé <input checked="" type="checkbox"/> autre → Zone NO + KL → Ø: 10... Cm + Ø: 8... Cm → Aspect: <input checked="" type="checkbox"/> Roodheid <input type="checkbox"/> Champignons / schimmel <input checked="" type="checkbox"/> irritatie <input type="checkbox"/> Nécrosé <input type="checkbox"/> Hématome <input checked="" type="checkbox"/> blaasjes → A.M. - P.M. - NUIT	<input type="checkbox"/> escarre fermé <input type="checkbox"/> autre → Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Nécrosé <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> → A.M. - P.M. - NUIT	<input type="checkbox"/> escarre fermé <input type="checkbox"/> autre → Zone + → Ø: Cm + Ø: Cm → Aspect: <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Irrité <input type="checkbox"/> Nécrosé <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> → A.M. - P.M. - NUIT
SIGNATURE	A.M. _____ P.M. _____ NUIT _____		

atqunah ecream foto in MD

rechter knie
schaafwonde
met vuil in