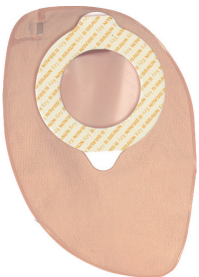







## FICHE D'ÉVALUATION FLEXIMA® KEY

### Poche testée :

			
<input type="checkbox"/> Fermée	<input type="checkbox"/> Roll'up	<input type="checkbox"/> Haut débit	<input type="checkbox"/> Uro

### Support testé :

	
<input type="checkbox"/> Plan	<input type="checkbox"/> Convexe

N° de lot : .....

N° de lot : .....

Référence poche: .....

Référence support: .....

Service

Date

■ PATIENT NOUVEAU STOMISE  Oui  Non

■ ÂGE DU PATIENT .....ans

■ TYPE DE DÉRIVATION

- Colostomie  Gauche  Transverse  Droite
- Iléostomie
- Urostomie

■ NATURE DES EFFLUENTS POUR LES STOMIES DIGESTIVES

- Liquides  Pâteux  Moulés

■ DIAMETRE DE LA STOMIE .....mm

■ LA STOMIE EST-ELLE FACILE À APPAREILLER?  Oui  Non

Plus d'une réponse possible:

- Stomie rétractée  Présence de plis cutanés
- Stomie plane  Relief osseux
- Eventration  Cicatrices
- Prolapsus  Autre, préciser:.....

■ LA PEAU AUTOUR DE LA STOMIE EST-ELLE NORMALE?  Oui  Non

Si non, pourquoi: .....  
.....

■ ACCESSOIRES UTILISÉS

- Pâte (tube) : .....
- Pâte (anneaux ou barettes): .....
- Produit de retrait (spray ou lingette): .....
- Ceinture
- Autre (préciser): .....

■ Merci de bien vouloir cocher les cases correspondantes

	TRÈS SATISFAISANT	SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	PAS DU TOUT SATISFAISANT
Utilité du système de guidage				
Adhésivité de la seconde poche sur le support				
Confort du système lors du port				
Absence de fuites entre poche et support				
Absence de fuites sous le support				
Absence de résidu après retrait				
Respect de l'état cutané				
Sentiment de sécurité lors du port				
Facilité de retrait de la poche				
Facilité de nettoyage du support lors du changement des poches				
Facilité de fixation de la ceinture (si applicable)				
Orientation possible de la ceinture (3 positions)				
<b>Convexe</b> : Capacité du support à faire ressortir la stomie (base large)				
<b>Convexe</b> : Forme en pente douce pour ne pas traumatiser la peau péri-stomiale				
Efficacité du filtre				
Facilité de manipulation du système de vidange				

<b>Satisfaction globale</b>				
-----------------------------	--	--	--	--

Remarques: .....

.....

.....

.....

.....

## AVIS PATIENT

■ Le patient souhaite-t-il continuer à utiliser Flexima® KEY ?  Oui  Non

Pourquoi ? .....  
.....  
.....

## AVIS STOMATHERAPEUTE

■ Appréciez vous le système Flexima® KEY ?  Oui  Non

Pourquoi ? .....  
.....  
.....

Outil d'évaluation des produits uniquement réservé à l'usage des professionnels de santé au sein des établissements.  
Ce document ne doit en aucun cas être retourné à B. BRAUN MEDICAL.

B. BRAUN MEDICAL SAS | 26 Rue Armengaud | 92210 Saint-Cloud France | Tél. 01 41 10 53 00 | Fax 01 70 83 45 00 | [www.bbraun.fr](http://www.bbraun.fr)  
Société par actions simplifiée au capital de 31 000 000 € RCS Nanterre 562050856