

Clinical Signs and Symptoms Checklist Adapted with permission of the author (Gardner, S.)-
 Used with permission from HMP communications. **Bron:** Gardner, S. E., Frantz, R. A., & Doebbeling, B. N. (2001). The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen.*, 9, 178-186.

Clinical Signs and Symptoms Checklist	✓ if present
Increasing pain in the ulcer area: subject's subjective report of perceived increases in level of peri-ulcer pain since the ulcer developed. Ask subject to select the most appropriate statement for current level of ulcer pain from the following choices. 1) I am not able to detect pain in the ulcer area, 2) I am having less ulcer pain now than I have had in the past, 3) the intensity ulcer pain has remained the same since the ulcer developed, or 4) I have more ulcer pain now than I have had in the past. Circle the number corresponding to the most appropriate statement. If number 4 is selected, place 4 is selected, place a check in the box to the right; mark N/A if subject not able to respond to question.	
Erythema: presence of bright or dark red skin or darkening of normal ethnic skin color immediately adjacent to the ulcer opening.	
Edema: presence of shiny, taut skin or pitting impressions in the skin adjacent to the ulcer but within 4 cm from the ulcer margin. Assess pitting edema by firmly pressing the skin within 4 cm of ulcer margin with a finger, release and waiting 5 seconds to observe indentation.	
Heat: detectable increase in skin temperature of the skin adjacent to the ulcer but within 4 cm of the ulcer margin as compared to the skin temperature of the skin adjacent to the ulcer but within 4 cm of the ulcer margin as compared to the skin 10 cm proximal to the wound. Assess differences in skin temperature using the back of the examiner's hand or the wrist.	
Purulent exudate: presence or tan, creamy, yellow, or green thick fluid on a dry gauze dressing removed from the ulcer one hour after placement. The wound was cleansed prior to placing the gauze dressing in the ulcer.	
Serous exudate: presence of thin, watery fluid on a dry gauze dressing removed from the ulcer one hour after placement.	
Delayed healing of the ulcer: subject or caregivers report of no change or an increase in the volume or surface area of the ulcer over the past 4 weeks. Ask subject or caregiver if the ulcer has filled with tissue or is smaller around than it was 4 weeks from today. If they report it has not, place check in box to the right.	
Discoloration of granulation tissue: granulation tissue that is pale, dusky or dull in color.	
Friable granulation tissue: bleeding of granulation tissue when gently manipulated with a sterile cotton-tipped applicator.	
Pocketing at base of wound: presence of smooth, nongranulating pockets of ulcer tissue surrounded by beefy red granulation tissue.	
Foul odor: putrid or distinctively unpleasant smell as assessed by the examiner.	
Wound breakdown: small open areas in newly formed epithelial tissue not caused by re-injury or trauma.	
Sanguinous exudate: bloody fluid that's present on a dry gauze dressing removed from the ulcer 1 hour after the wound was cleaned and dressed indicates sanguinous exudate.	

Clinical Signs and Symptoms Checklist français [Checklist des signes cliniques et symptômes]

Adapté avec l'aimable autorisation de l'auteur (Gardner, S.); utilisé avec l'aval du "HMP Communications" **Source:** Gardner, S. E., Frantz, R. A., & Doebbeling, B. N. (2001). The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen.*, 9, 178-186

[Checklist des signes cliniques et symptômes]	✓ si présents
Douleur accrue dans la zone de la plaie: le rapport subjectif du patient concernant l'augmentation de la douleur depuis l'existence de la plaie. Demandez au patient quelle expression correspond au <i>niveau de douleur</i> actuel de la plaie: 1) Je n'arrive pas à percevoir la douleur dans cette zone, 2) En ce moment, j'ai moins mal qu'avant au niveau de la plaie, 3) l'intensité de douleur au niveau de la plaie est restée la même depuis l'existence de la plaie, ou 4) en ce moment, j'ai davantage mal que par le passé au niveau de la plaie. Entourez le numéro correspondant au mieux à l'expression. Si le numéro 4 est sélectionné, indiquez-le dans la case de droite. Notez s.o. (sans objet) si le patient n'est pas en mesure de répondre à la question.	
Erythème: présence d'une coloration de la peau rouge vif ou rouge foncé ou un assombrissement de la peau (ethniquement) foncée dans la zone proche de l'ouverture de la plaie.	
Oedème: présence d'une peau brillante, tendue, ou oedème en godet attenant à la plaie à moins de 4 cm des berge de la plaie. Évaluez l'oedème en godet en appuyant fermement sur la peau à moins de 4 cm des berge de la plaie, relâchez et attendez 5 secondes pour observer la zone appuyée.	
Chaleur: une élévation observable de la température cutanée attenant à la plaie, mais située à moins de 4 cm des berge de la plaie, en comparaison de la peau située à 10 cm de la plaie. Évaluez la différence de la température cutanée en touchant la zone de la plaie à l'aide du dos de la main ou du poignet.	
Exsudat purulent: présence d'un exsudat beige, crèmeux, jaune ou vert sur le pansement sec, retiré une heure après sa pause. La plaie aura été nettoyée avant d'y poser le pansement.	
Exsudat séreux: présence d'un liquide aqueux sur le pansement retiré une heure après sa pause.	
Guérison de la plaie ralenti: le patient ou le soignant signalent qu'il n'y a pas de différence ou une augmentation de volume ou de superficie de la plaie durant les 4 semaines écoulées. Demandez au patient ou au soignant si la plaie a bourgeonné ou a diminué par rapport à il y a 4 semaines. S'ils indiquent que tel n'est pas le cas, notez-le dans la case de droite.	
Pâlissemement des tissus de granulation: tissus de granulation de couleur pâle, foncée ou matte.	

Tissus de granulation granuleux: saignement des tissus de granulation lorsqu'ils sont délicatement manipulés à l'aide d'un coton-tige stérile.	
Pocketing dans le lit de la plaie: présence de poches lisses, non granulantes, entouré par des tissus de granulation rouge carnés.	
Odeur nauséabonde: odeur pourrie caractéristique, relevée par le soignant.	
Dégénération de la plaie: petites lésions ouvertes, dans les tissus épithéliaux nouvellement formés, et qui ne sont pas dûs à de nouvelles blessures ou traumatismes.	
Exsudat sanguinolent: présence d'un exsudat sanguinolent sur un pansement de gaze propre, retiré une heure après le nettoyage et la pause d'une pansement frais.	