

FICHE SUIVI PATIENT COVID-19

Exemplaire : Domicile / Cabinet

Prénom NOM :		Date de naissance :			Âge :	
Adresse :		Téléphone :				
Médecin traitant :		Cabinet Infirmier :				
Premiers symptômes (date) J1 :		J6:		J14:		
Facteurs de risques médicaux			Facteurs de risques socio-environnementaux			
	Âge > 70		Isolement			
	Patho respiratoire chronique		Précarité socio-économique			
	Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV		Difficulté linguistique			
	Atdc CV (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...)		Trouble neuro / psy			
	Diabète insulinodépendant ou compliqué		Pas de moyen de communication dispo			
	Immunodépression (médicamenteuse, HIV...)		Autre :			
	Cancer sous traitement	Aidant éventuel				
	MC > 40					
	Insuffisance rénale dialysée					
	Cirrhose ≥ stade B					
Présence d'un proche fragile au domicile			Pièce de confinement disponible			
Critères de gravité		Polynée > 22/min	Sat < 90% air ambiant	PAS < 90mmgH	Déshydratation	Altération conscience / confusion / somnolence
ALLO CENTRE 15						
Date						
J						
Sat O2						
Fréquence respi						
Température						
PA						
Fréquence cardiaque						
Comment vous sentez vous ? 0-10						
Toux ? 0 / + / ++ / +++						
Sensation de gêne respiratoire ? 0 / + / ++ / +++						
Dyspnée de repos ? 0 / +						
Comptez à voix haute d'une traite? chiffre obtenu sans reprendre sa respiration						

FICHE SUIVI PATIENT COVID-19

Exemplaire : Domicile / Cabinet