

Fiche de suivi patient COVID-19

Exemplaire Cabinet
 Domicile

Prénom NOM :		Date de naissance :		Âge :	
Médecin traitant :			Cabinet infirmier :		
Symptômes (date) J1 :		J6 :		J14 :	
Facteurs de risques Médicaux			Facteurs de risques Socio-environnementaux		
<input type="checkbox"/> Âge > 70 <input type="checkbox"/> Patho respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV <input type="checkbox"/> Atcd CV (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...) <input type="checkbox"/> Diabète insulinodépendant ou compliqué <input type="checkbox"/> Immunodépression (médicamenteuse, VIH...) <input type="checkbox"/> Cancer sous traitement <input type="checkbox"/> IMC > 40 <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale dialysée <input type="checkbox"/> Cirrhose ≥ stade B			<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Précarité socio-économique <input type="checkbox"/> Difficulté linguistique <input type="checkbox"/> Trouble neuro / psy <input type="checkbox"/> Pas de moyen de communication dispo		
Présence d'un proche fragile au domicile <input type="checkbox"/>			Pièce de confinement disponible <input type="checkbox"/>		
Critères de gravité => Allo Centre 15		<input type="checkbox"/> Polypnée > 22/min - <input type="checkbox"/> Sat < 90% air ambiant - <input type="checkbox"/> PAS < 90 mmHg - <input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Altération conscience/confusion/somnolence - <input type="checkbox"/> Altération brutale de l'état général			
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 l'inspiration					