



Chaque dossier clinique renseigné est soumis au secret professionnel et est à conserver au cabinet de l'infirmier libéral

Dossier Clinique : Visite Domiciliaire Sanitaire Infirmière

Coordonnées du patient

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PARCOURS DE SOINS

Infirmier(e) libéral(e) traitant(e) : _____

Médecin traitant : _____

Médecin spécialiste : _____

Autres _____

Hospitalisation récente : _____

Date ___/___/___ ___/___/___

Motif : _____

ALD_ oui non

CONTEXTE

Date de la visite infirmière : ____/____/____

Date du test + : ____/____/____

1 – Variant non oui lequel : _____

Date d'apparition des symptômes ____/____/____

Vit en famille non oui

Si oui, nombre de membres vivant sous le même toit |____|

SOMATIQUE

Maladie principale : _____

Maladie associée : _____

Traitement actuel :

Per os : _____

Injectable : _____

Données cliniques :

TA : _____ Fréquence cardiaque : _____ SAT : _____

Température : _____ Fréquence respiratoire : _____

Toux : oui non dyspnée oui non

Gout : préservé perturbé

Odeur : préservé perturbé

Vigilance intègre perturbée

Douleur : EVA _____ siège : _____

Nature : _____ calmée par : _____

Consentement éclairé pour l'accompagnement social :

Je soussigné(e) _____

Déclare avoir été informé pour bénéficier d'un accompagnement social et être consentant à la communication de mon identité et coordonnées à la Cellule Territoriale d'Appui à l'Isolement (CTAI)

Date

Lu et approuvé
Signature

Consentement éclairé pour le suivi infirmier à domicile

Je soussigné (e) _____

Déclare avoir été informé(e) de la nécessité de bénéficier d'un accompagnement sanitaire, des modalités de prise en charge et accepte la communication de mes coordonnées auprès des professionnels de santé

Date

Lu et approuvé
Signature

Situation à risque pour la famille :

Test PCR : Fait le ____/____/____

A déclencher : date ____/____/____

Situation stable :

Remise en fin de consultation du formulaire de conseils de gestes barrières

Rendez-vous fixé à J10 pour un nouveau test PCR Variant pour les patients présentant une infection au COVID-19
VARIANT

Date

Signature du patient

signature de l'Idel

Liste des CTAI

01 - Ain pref-covid-isolement@ain.gouv.fr
03 - Allier pref-ctai@allier.gouv.fr 0470483048 (HO) 0685828384 (HNO)
07 - Ardèche pref-clai@ardeche.gouv.fr 06 76 96 17 42
15 - Cantal pref-ctai@cantal.gouv.fr
26 - Drôme pref-cellule-isolement@drome.gouv.fr 04 75 79 70 33 04 75 79 70 33
38 - Isère pref-covid19-isolement@isere.gouv.fr 04 76 60 34 00
42 - Loire akrache@epvaldo.org 06 99 59 39 89
43 - Haute-Loire
63 - Puy-de-Dôme pref-covid19-tracage@puy-de-dome.gouv.fr en cours de création
69- Rhône covid.dt69@croix-rouge.fr 0 806 112 128 Pas d'astreinte à l'heure actuelle.
73 - Savoie pref-depistage-covid19@savoie.gouv.fr 04 79 75 52 86 04 79 75 52 86
74 - Haute-Savoie pref-clai@haute-savoie.gouv.fr - clai.dt74@croix-rouge.fr
CTAI: 04 50 33 62 20 (Opérateur CTAI : 04 69 96 04 90 à utiliser en dehors des demandes d'appui)

Téguments :

Intègres

Eruption diffuse localisée

Siège : _____

Engelure

Siège : _____

Marbrure

Pâleur

Autres : _____

Hydratation : intègre perturbée

Si perturbée : Diarrhée Vomissements Autres

Autres symptômes :

Conséquences sur pathologies chroniques : non oui

Nature des conséquences : _____

Actions mises en place : _____

CONSEQUENCES PSYCHO-AFFECTIVES

Excès de stress : non oui

Si oui gestion par le malade appropriée Inappropriée

Anxiété : non oui : modérée majeure

Si oui gestion par le malade : appropriée Inappropriée

Sommeil perturbé : non oui

Si oui, gestion par le malade : appropriée Inappropriée

Opérations de la pensée perturbées non oui

Si oui Idées délirantes Idées obsessionnelles Idées suicidaires

Gestion par le malade : appropriée Inappropriée

STRATEGIE D'ISOLEMENT

Vit en famille	Vit seul
Prise des repas <input type="checkbox"/> En différée <input type="checkbox"/> En commun Désinfection des lieux systématisés <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Courses apportées par <input type="checkbox"/> Tier professionnel <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Autres : _____
Couchage <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En commun	Elaboration des repas <input type="checkbox"/> Tier professionnels <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autres :
Salle de bain <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Commune Désinfection systématisée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Désinfection systématisée <input type="checkbox"/> Après chaque passage <input type="checkbox"/> Des emballages <input type="checkbox"/> Des poignées de portes <input type="checkbox"/> Autres : _____
WC <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> En commun Désinfection systématisée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Habitat aéré tous les jours <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Habitat aéré tous les jours <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	MASQUE CHIRURGICAL <input type="checkbox"/> Port observé <input type="checkbox"/> port non observé
MASQUE CHIRURGICAL <input type="checkbox"/> Port observé <input type="checkbox"/> port non observé	

Lien social avec l'extérieur : non oui

Fréquence : journalière hebdomadaire autre : _____

Moyens : téléphone visio présentiel

Autres : _____

CONCLUSION

Conclusion de la stratégie d'isolement :

valide compromise invalide

Famille à dépister : non oui

RECOMMANDATIONS INFIRMIERES

Maintien à domicile :

Nécessité d'un accompagnement social

non oui

En cours

à déclencher en le signalant au CTAI départemental (cf. liste page 5, remplir et faire signer le consentement éclairé pour accompagnement social)

Situation sanitaire à risque modéré :

Collaboration avec médecin traitant pour un suivi infirmier renforcé Covid-19 (consentement éclairé pour suivi infirmier à faire signer)

Situation sanitaire à risque élevé :

Contact avec médecin 15 :

hospitalisation

suivi infirmier renforcé