

Suivi Infirmier pour patient COVID-19

Prénom NOM	Date de naissance :	Âge :	Téléphone	Infirmier (+ ADELI)
Adresse	N° S. Social		courriel	Médecin traitant

Premiers symptômes (date) J1 : J7 : J14 :

Facteurs de risques Médicaux	Facteurs de risques Socio-environnementaux	Aidant éventuel
<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 <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">Pièce de confinement disponible</div> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">Présence d'un proche fragile au domicile</div>	<div style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">Autres remarques</div>

Date	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
Température (X°)													
Frissons (oui/non)													
Agueusie (oui/non)													
Anosmie (oui/non)													
Fréquence respiratoire (X/mn)													
SpO2 (X%)													
Toux (oui/non)													
Expectorations (aspect)													
Pression artérielle (X/X mmHG)													
Pouls (X/Mn)													
Marbrures (oui/non)													
Déshydratation (oui/non)													
Diarrhée (oui/non)													
Etat de conscience (description)													
Autres (précisez)													

Critères de gravité => Allo Centre 15	Polypnée > 22/min <input type="checkbox"/>	Sat < 93% 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 <input type="checkbox"/>