Suivi Infirmier pour patient COVID-19

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

Premiers symptômes (date) J1 : J7 : 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
❑ Atcd CV (AVC, coronaropathie, HTA compliquée…)	❑ Trouble neuro / psy
❑ Diabète insulinodépendant ou compliqué	❑ Pas de moyen de communication dispo
❑ Immunodépression (médicamenteuse, VIH…)	
❑ Cancer sous traitement	Aidant éventuel
❑ IMC > 40	
❑ Insuffisance rénale dialysée	
❑ Cirrhose ≥ stade B	
Présence d'un proche fragile au domicile ❑	Pièce de confinement disponible ❑

Date						
J						
Température *(X°)*						
Frissons *(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)*						
Agueusie *(oui/non)*						
Anosmie *(oui/non)*						
Autres *(précisez)*						

Critères de gravité **=> Allo Centre 15**	☐ Polypnée > 22/min - ☐ Sat < 90% air ambiant - ☐ PAS < 90 mmHg ☐ Déshydratation - ☐ Altération conscience/confusion/somnolence - ☐ Altération brutale de l'état général

URPS