

# Fiche de suivi patient COVID-19

Exemplaire

Cabinet

Domicile

Prénom NOM :

SEXE

Âge

Date de naissance

Adresse

Téléphone

NIR/MUTUELLE/CMU

Médecin traitant

Tel

## Facteurs de risques Médicaux

- Âge > 70
- Patho respiratoire chronique
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Atcd CV (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...)
- Diabète insulino-dépendant ou compliqué
- Immunodépression (médicamenteuse, VIH...)
- Cancer sous traitement
- IMC > 40
- Insuffisance rénale dialysée
- Cirrhose ≥ stade B
- Grossesse 3<sup>e</sup> trimestre

## CABINET INFIRMIER.E.S

## Facteurs de risques Socio-environnementaux

- Isolement
- Précarité socio-économique
- Difficulté linguistique
- Trouble neuro / psy
- Pas de moyen de communication dispo

Présence d'un proche fragile au domicile

Personne ressource (Nom, Prénom, Téléphone) :

## Critères de gravité

- Polypnée > 22/min
- Sat < 90% air ambient
- PAS < 90 mmHg
- Déshydratation
- Altération conscience/confusion/somnolence
- Altération brutale de l'état général

=> Allo Centre 15

## Date des premiers symptômes

Date du jour															
J															
Sat O2															
Fréquence respi															
Temperature	Matin														
	Soir														
PA															
Fréquence cardiaque															
Comment vous sentez-vous ? 0 - 10															
Toux ? 0 / + / ++ / +++															
Sensation de gêne respiratoire ? 0/+ / ++ / +++															
Comptez à voix haute d'une traite => chiffre obtenu sans reprendre l'inspiration															
Courbatures 0/+ / ++ / +++															
Maux de tête 0/+ / ++ / +++															
Diarrhée/vomissement															
Trouble du goût/de l'odorat 0/+ / ++ / +++															
Autre symptôme															

SI AGGRAVATION DE CES SIGNES OU SENSATIONS D'OPPRESSION OU ESSOUFLEMENTS = APPEL SAMU 15