Convergence infirmière
LIBÉRALE AVANT TOUT

COVID 19 - SUIVI RENFORCE PAR IDE A DOMICILE

Patient / Nom & Prénom :		**date du J0 :**
Date de naissance :	Age :	
Tél. :	Adresse :	
Médecin traitant :	Tél. :	Mail :
Cabinet infirmier :	Tél. :	Mail :

Facteurs de risques Médicaux

☐Age > 70 ans
☐Insuffisance respiratoire chronique
☐Diabète insulinodépendant ou compliqué
☐Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
☐Cirrhose ≥ stade B
☐Atcd CV (AVC, coronaropathie,HTA compliquée…)
VIH…)
☐Cancer sous traitement
☐IMC > 40
☐Grossesse (par précaution)
☐Insuffisance rénale chronique dialysée

Facteurs Socio-Envir.

☐Isolement
☐Précarité socio-économique
☐Difficultés linguistiques
☐Troubles neuro-psy
☐Pas de moyen de comm.

SITUATION CLINIQUE

DATE :	**HEURE :**		**HEURE :**		**HEURE :**		**HEURE :**	
Température	…….°C		…….°C		…….°C		…….°C	
Frissons, Sensation de fièvre	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Céphalées	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Asthénie +++	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Arthralgie	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Myalgie	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Nausées - Vomissements	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Oligurie	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Diarrhée	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Anosmie	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Agueusie	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Toux séche	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Expectorations	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
***ESSOUFLEMENT**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Sensation de gène respiratoire	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Fréquence réspiratoire	……Nbre/min		……Nbre/min		……Nbre/min		……Nbre/min	
***DYSPNEE +++ / POLYPNEES : NOMBRE PAR MN > 22**								
***SPO2 (%) < 90 %**	%		%		%		%	
***PRESSION ARTERIELLE : SYSTOLIQUE < 9**	……mmHg		……mmHg		……mmHg		……mmHg	
Fréquence Cardiaque	……Bpm		……Bpm		……Bpm		……Bpm	
***ALTERATION BRUTALE DE L'ETAT**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
***MARBRURES - CYANOSE**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
***ALTERATION CONSCIENCE**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
***SOMNOLENCE - CONFUSION**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
***DESHYDRATION : PLI CUTANE, SOIF, LANGUE SECHE**	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non

Signes pour dépister une agravation de la situation du patient à domicile. Transmettre au médecin traitant.

***Signes de gravité et d'alerte : contacter le 15 et Informer le médecin traitant**