

<b>Patient / Nom &amp; Prénom :</b>		<b>date du J0 :</b>	
Date de naissance :		Age :	
Tél. :		Adresse :	
<b>Médecin traitant :</b>		Tél. :	Mail :
<b>Cabinet infirmier :</b>		Tél. :	Mail :
<b>Facteurs de risques Médicaux</b>		<b>Facteurs Socio-Envir.</b>	
<input type="checkbox"/> Age > 70 ans <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant ou compliqué <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV <input type="checkbox"/> Cirrhose ≥ stade B <input type="checkbox"/> Atcd CV (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...)		VIH...) <input type="checkbox"/> Cancer sous traitement <input type="checkbox"/> IMC > 40 <input type="checkbox"/> Grossesse ( par précaution) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique dialysée	
		<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Précarité socio-économique <input type="checkbox"/> Difficultés linguistiques <input type="checkbox"/> Troubles neuro-psy <input type="checkbox"/> Pas de moyen de comm.	

SITUATION CLINIQUE									
DATE :	HEURE :		HEURE :		HEURE :		HEURE :		
Température	.....°C		.....°C		.....°C		.....°C		
Frissons, Sensation de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Céphalées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Asthénie +++	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Arthralgie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Myalgie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Nausées - Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Oligurie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Anosmie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Agueusie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Toux sèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Expectorations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
<b>*ESSOUFLEMENT</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Sensation de gêne respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Fréquence respiratoire	.....Nbre/min		.....Nbre/min		.....Nbre/min		.....Nbre/min		
<b>*DYSPNEE +++ / POLYPNEES : NOMBRE PAR MN &gt; 22</b>									
<b>*SPO2 (%) &lt; 90 %</b>	%		%		%		%		
<b>*PRESSION ARTERIELLE : SYSTOLIQUE &lt; 9</b>	.....mmHg		.....mmHg		.....mmHg		.....mmHg		
Fréquence Cardiaque	.....Bpm		.....Bpm		.....Bpm		.....Bpm		
<b>*ALTERATION BRUTALE DE L'ETAT</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
<b>* MARBRURES - CYANOSE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
<b>*ALTERATION CONSCIENCE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
<b>*SOMNOLENCE - CONFUSION</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
<b>*DESHYDRATION : PLI CUTANE, SOIF, LANGUE SECHE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							

Signes pour dépister une aggravation 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**