

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Patient / Nom & Prénom : | date du J0 : |
|-------------------------------------|---------------------|

| | |
|---------------------|-------|
| Date de naissance : | Age : |
|---------------------|-------|

| | |
|--------|-----------|
| Tél. : | Adresse : |
|--------|-----------|

| | | |
|---------------------------|--------|--------|
| Médecin traitant : | Tél. : | Mail : |
|---------------------------|--------|--------|

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| Cabinet infirmier : | Tél. : | Mail : |
|----------------------------|--------|--------|

| Facteurs de risques Médicaux | Facteurs Socio-Envir. |
|---|--|
| <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...) | <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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Céphalées | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Asthénie +++ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Arthralgie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Myalgie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nausées - Vomissements | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oligurie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Anosmie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Agueusie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Toux sèche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Expectorations | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| *ESSOUFLEMENT | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Sensation de gêne respiratoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Fréquence respiratoire |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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| * MARBRURES - CYANOSE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| *ALTERATION CONSCIENCE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| *SOMNOLENCE - CONFUSION | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| *DESHYDRATION : PLI CUTANE, SOIF, LANGUE SECHE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <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**