

Patient Nom et prénom Date de naissance	Cachet du prescripteur
---	------------------------

Le / 2020

Date J0 (symptômes) :

EN RAPPORT AVEC ALD

Suivi infirmier d'un patient Covid-19 :

- au domicile en présentiel
- en télésuivi
- en téléconsultation en lien avec le médecin

Précisez la fréquence de suivi :

..... fois / J ou fois / semaine pendant jours

Ou à :

J :... J :... J :... J :... J :...

Précisez les signes d'alerte à suivre (alerte au médecin sans délai si nécessaire), ainsi que la possibilité d'alerter le centre 15 en cas d'urgence vitale avec information en parallèle du médecin :

Signature du prescripteur
