



FICHE DE SUIVI PATIENT COVID-19

NOM - Prénom :	Date de naissance (Age) :
NIR :	
Adresse :	Médecin traitant :
Téléphone :	Cabinet Infirmier :

Premiers symptômes (date) J1 :	J6 :	J14 :
--------------------------------	------	-------

Facteurs de risques médicaux :	Facteurs de risques Socio-environnementaux
Age > 70 Pathologie 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 Greffe d'organe solide ou cellules souches hématopoïétiques Cancer sous traitement VIH non contrôlé ou CD4 inf 200/mm ³ HTA	Isolement Précarité socio-économique Difficulté linguistique Trouble neuro/psy Pas de communication disponible Aidant éventuel/observation Personne de confiance

Présence d'un proche fragile/confiné au domicile <input type="checkbox"/>	Pièce de confinement disponible <input type="checkbox"/>
---	--

Critère de gravité » Allo Centre 15	Polypnée > 22/min ou dyspnée	Sat < 90% air ambiant au téléphone	PAS < 90 mmHg	Altération de conscience / confusion / somnolence	Déshydratation	Altération brutale de l'Etat Général
---	---------------------------------	---------------------------------------	---------------	---	----------------	--------------------------------------

Majoration des symptômes » Allo Médecin traitant						
--	--	--	--	--	--	--

Date						
J	Auscultation pulmonaire					
	Température/sensation de fièvre					
	Frisson					
	Fréquence respiratoire					
	Sat O2					
	Toux					
	Expectoration					
	Pression Artérielle					
	Pouls					
	Marbrures/cyanoses					
	Déshydratation					
	Conscience					
	Anosmie / Agueusie					
	Diarrhée / Douleurs Abdominales					