

## Questionnaire suivi d'un patient COVID-19

Nom : Date de Naissance : N° de SS : Adresse :	Prénom : Numéro de téléphone : Centre de sécurité sociale :
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

<u>Protocole de suivi :</u>  Nom du Médecin prescripteur : Nom de l'Infirmier :	Fréquence :  durée :  Nom du Médecin traitant :
------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

### ENTOURAGE FAMILIAL, ENVIRONNEMENT SOCIAL et ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

- |                                                                                                                                                                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entourage aidant et pouvant participer aux soins (surveillance)                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Absence de personne fragile à domicile                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mise en place des mesures de protection (hygiène des mains)                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Environnement social compatible avec une surveillance à domicile (pièce dédiée et aérée, où il pourra rester confiné, moyen de communication possible (téléphone, ordinateur, ...), | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide)                                                                          | <input type="checkbox"/> |

### COMORBIDITES

Patient âgé de 70 ans et plus	<input type="checkbox"/>
Insuffisant respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV	<input type="checkbox"/>
Cirrhose ≥ stade B	<input type="checkbox"/>
ATCD cardiovasculaires : HTA, AVC ou coronaropathie, chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>
Diabète insulino-dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro-angiopathie)	<input type="checkbox"/>
Immunodépression : <ul style="list-style-type: none"><li>- Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive</li><li>- Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA &lt; 200/mm3</li><li>- Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques</li><li>- Cancer métastasé</li><li>- Obésité morbide IMC &gt; 40</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grossesse (par précaution)	<input type="checkbox"/>

*En Rouge les réponses qui constituent des signes d'alerte*

Questions	Signe d'alerte	J +	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+	J+		
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien																	
Quelle est votre température ?	Si fièvre																	
Avez-vous des frissons ?	OUI/NON																	
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intenses																	
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense																	
Toussez-vous ?	Non/un peu /beaucoup																	
Le nez coule-t-il ?	Oui/non																	
Crachez-vous ? Si oui « sale » ou non	Oui/non signe de surinfection																	
Maux de gorge ou autre signe pharyngé	Oui/non																	
Etes-vous gêné pour respirer	Oui/non																	
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non à 10 très intense																	
Etes-vous essoufflé au repos ?	Oui/non																	
Etes-vous essoufflé à l'effort ?	Léger/intense/non																	
Merci de réaliser l'exercice suivant : comptez à voix haute d'une traite	Notez le chiffre obtenu avant de reprendre une inspiration																	
Avez-vous vomi ?	Oui/non																	
Avez-vous des diarrhées	Oui/non																	
Arrivez-vous à boire et mangez correctement	Oui /non																	
Votre Poids ?																		
Altération de la conscience ?	Oui/non																	
Déshydratation	Oui/non																	
Altération de l'état général brutal chez un sujet âgé ?	Oui/non																	
Avez-vous pris du paracétamol ?	Quand et combien ?																	
Avez-vous pris des AINS ?	Quand et combien ? et prévention																	
Surveillance personnalisée par rapport aux comorbidités																		

**!!! Conduite à tenir en cas d'aggravation : 15 si urgence avérée / sinon appel au MG ou au centre Covid19 / ou déclencher entractes au MG (si possible)**