

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE USAGER COVID-19

Début des symptômes : _____ aaaa/mm/jj

QUESTIONS À POSER	OUI	NON	PRÉCISIONS	SIGNES D'ALERTE
Comment vous sentez vous?				Atteinte fonctionnelle <u>ou</u> impact sur AVQ/AVD
Êtes-vous plus somnolent, confus, désorienté?				Réponse = OUI
Quelle est votre température? <i>Cible : Entre 35,9°C et 37,9°C</i>				Température de moins que 35°C <u>ou</u> de plus que 38°C
Avez-vous des frissons?				Si réponse = OUI
Avez-vous des courbatures? <i>Échelle de 0 à 10 : 0 (NON) à 10 très intense</i>			_____/10	Si plus grand que 5 <u>ou</u> courbatures inhabituelles
Avez-vous des maux de tête? <i>Échelle de 0 à 10 : 0 (NON) à 10 très intense</i>			_____/10	Si plus grand que 5 <u>ou</u> céphalées inhabituelles
Toussez-vous plus qu'habituellement? <i>Toux avec ou sans impact fonctionnel</i>				Si impact fonctionnel
Avez-vous un écoulement nasal inhabituel?				Si réponse = OUI
Crachez-vous de façon inhabituelle?				Si réponse = OUI
Avez-vous mal à la gorge, ou présentez-vous d'autres signes associés?				Si réponse = OUI
Arrivez-vous à boire et manger convenablement?				Si réponse = NON
Avez-vous de difficulté à respirer?				Si réponse = OUI
Avez-vous des serremments à la poitrine?				Si réponse = OUI <i>Consultation MD requise</i>
Êtes-vous essoufflé au repos?				Si réponse = OUI
Êtes-vous plus essoufflé lors d'un effort qu'habituellement?				Si réponse = OUI
Merci de dire « AHAA » en continu. <i>Consignes : Calculer le nombre de secondes avant la reprise de l'inspiration</i>			____ secondes	Si moins de 5 secondes
Avez-vous eu des vomissements?				Si réponse = OUI
Avez-vous des douleurs abdominales <i>Échelle de 0 à 10 : 0 (NON) à 10 très intense</i>			_____/10	Si réponse = OUI
Avez-vous de la diarrhée?				Si réponse = OUI
Vous sentez-vous en détresse?				Si réponse = OUI <i>Service psycho-sociale requis</i>
Pensez-vous au suicide?				Si réponse = OUI <i>Service psycho-sociale requis</i>

Source : Ministère de la solidarité et de la santé. (2020). Lignes directrices pour la prise en charge des patients Covid-19. République Française

Date prévue de la relance téléphonique : _____ aaaa/mm/jj ☐ Usager avisé

Questionnaire complété auprès de : ☐ Usager ☐ Autre, préciser : Nom : _____ Lien de parenté : _____

Signature de l'intervenant et titre : _____ No. Permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

#Dossier :

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Nombre de jours depuis début des symptômes : _____ jours

☐ Détérioration de la condition clinique et/ou des maladies chroniques

Signature de l'intervenant et titre : _____ No. Permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

IMPRESSION CLINIQUE

☐ En amélioration ☐ État stable ☐ État instable Grade (selon grille de sévérité) _____

Diagnostics infirmiers : _____

Signature de l'intervenant et titre : _____ No. Permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

☐ En amélioration ☐ État stable ☐ État instable Grade (selon grille de sévérité) _____

Diagnostics médicaux : _____

Signature de l'intervenant et titre : _____ No. Permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

INTERVENTIONS

☐ Usager/famille avisé de poursuivre l'observation des signes et symptômes et de maintenir l'isolement

☐ Usager/famille avisé de contacter, si détérioration : Nom : _____
Téléphone : _____

☐ Référence en service psycho-sociale, préciser : _____

☐ Consentement de l'utilisateur obtenu pour acheminer la présente évaluation à : _____

☐ Médecin traitant avisé **ou** ☐ Équipe de garde avisée, Dr _____ Heure : _____ hh:mm

Conduite : ☐ Évaluation de la sévérité

☐ Transfert : ☐ Urgence ☐ Ressource, préciser : _____

☐ Médication prescrite (voir feuille spéciale)

☐ Visite à domicile requise, préciser : _____

☐ Soins de confort

☐ Congé (arrêt des suivis)

☐ Suivi nécessaire par : ☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ IPS ☐ Autre _____

Délai suggéré : ☐ 24 heures ☐ 48 heures ☐ 72 heures ☐ Autre _____

Autres interventions : _____

Signature de l'intervenant et titre : _____ No. Permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj