

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE EN SOINS INFIRMIERS DÉPISTAGE COVID-19

PRÉ-TRIAGE PAR L'AGENTE ADMINISTRATIVE

Téléphone pour le suivi : _____
 Nom de médecin traitant : _____
 Personne à joindre en cas d'urgence : _____ No. de téléphone : _____
 Résident : ☐ RI ☐ RPA ☐ RTF Préciser : _____
 Pharmacie : _____ No. de téléphone : _____

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 Habitudes de vie : ☐ Tabac Type : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____
☐ Alcool Type : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____
☐ Drogue Type : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____
 Niveau de soins : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Non discuté
 Antécédents médicaux : _____
 Antécédents chirurgicaux : _____
 Médication : _____ ☐ Liste DSQ jointe

Évaluation des facteurs de risque

☐ 70 ans et plus ☐ Hypertension artérielle (HTA) ☐ Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)
☐ Diabète ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC) ☐ Problèmes cardio-vasculaires
☐ Maladie hépatique sévère ☐ Néoplasie active ☐ Immunosuppression
☐ Obésité Poids : _____ kg Taille : _____ m IMC : _____ kg/m²
☐ Maladie rénale dialysée Résultat créatinine sérique : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj
☐ Maladie respiratoire sévère / oxygénothérapie Préciser : _____
☐ Maladie neurodégénérative Préciser : _____

Évolution condition physique - Symptômes

Comment allez-vous? : _____

 Date du début des symptômes : _____ aaaa/mm/jj
☐ Toux (symptômes de surinfection) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Fièvre ou frissons ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Difficulté respiratoire ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Anosmie (perte d'odorat sans congestion nasale) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Douleur rétrosternale (inhabituelle) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Palpitations (inhabituelles) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
☐ Œdème des membres inférieurs (inhabituel) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Évolution condition physique – Symptômes (suite)

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------|
| ☐ Altération état de conscience (confusion/désorientation) | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Céphalée sévère (intensité inhabituelle) | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Douleur abdominale sévère | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Vomissement ou diarrhées (répétés) | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Convulsions | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Perte de conscience (lipothymie, syncope) | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |
| ☐ Symptôme « X » d'intensité sévère au point d'être
incapacitant pour les AVD/AVQ (préciser le symptôme) | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : _____ |

ENSEIGNEMENT

- ☐ Conseils généraux (hygiène des mains, étiquette respiratoire, isolement, guide d'auto-soins, éviter les médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens)
- ☐ Autres conseils : _____
- ☐ Prescription rédigée : _____
- Faite par : _____
- Envoyée à la pharmacie Nom : _____
- ☐ Consentement téléphonique obtenu pour acheminer la présente évaluation au médecin traitant de l'utilisateur

CONSIGNES LORS DE LA VISITE DE L'INFIRMIERE À DOMICILE

- Apporter le formulaire AH-744 Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire et le formulaire (déjà signé par le médecin si possible)
- Effectuer une prise de signes vitaux
- Effectuer le prélèvement COVID-19, si indiqué (consentement verbal doit être obtenu)
- Évaluer la condition physique de l'utilisateur (en évitant le plus possible les contacts physiques)
(se référer à la vidéo sur la Détresse respiratoire sur Palli-science, onglet COVID-19)

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____aaaa/mm/jj