

PATIENT

Nom, Prénom :

Date de naissance : Âge

Adresse :

.....

.....

Tél :

FACTEURS DE RISQUES SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

- Être a plus de 30 min d'un établissement de santé
- Pas de possibilité d'isolement à domicile
- Isolement social
- Précarité socio économique
- Difficulté linguistique
- Trouble neuro/psy
- Pas de moyen de communication dispo
- Présence d'un proche fragile au domicile

ÉQUIPE DE SOINS

MÉDECIN TRAITANT :

Tél :

INFIRMIER(E(S))

Tél :

INFIRMIER(E(S))

Tél :

SAGE FEMME

Tél :

PHARMACIEN

Tél :

CRITERES MINEURES D'HOSPITALISATION

- Âge < 65 ans (les personnes âgées de 50 à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée)
- ATCD cardiovasculaires : HTA avec polythérapie, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque
- Diabète équilibré
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser

FACTEURS DE RISQUES MÉDICAUX

- Âge < 65 ans
- Diabète déséquilibré ou présentant des complications
- Pathologies chroniques destabilisées,
- Pathologie cardiovasculaire aiguë,
- Insuffisance rénale chronique justifiant une dialyse ou patient greffé,
- Cancer sous chimiothérapie,
- Immunodépression congénitale ou acquise avec infection active non Covid-19, infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm3,
- Traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive,
- Splenectomie ou drepanocytose homozygote
- Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
- Cirrhose décompensée,
- Maladie neurologique ou neuro-vasculaire pouvant altérer la fonction respiratoire,
- Obésité morbide (IMC > 30 kg/m2),
- Suspicion d'embolie pulmonaire ou embolie pulmonaire non exclue (arguments cliniques et D Dimères positifs),
- Grossesse (cf fiche spécifique suivi grossesse)
- Trisomie 21

Critères de gravité
Allo Centre 15

- Polypnée <22 FC <110 nécessité d oxygène <3l /min
- sat <94 à BPCO et IRC <90 %
- PAS < 90 mmHg
- Déshydratation
- Altération conscience/confusion/somnolence
- Altération brutale de l'état général

Vous êtes patient, les cases de ce questionnaire doivent être remplies 2 fois par jour, pour le suivi de votre état de santé.

Votre état général								
Comment vous sentez vous ?	De 0 à 10							
Vous pensez que votre état général est :	0 : mieux, 1 stable, 2 moins bien							
Etes-vous anxieux ?	De 0 à 10							
Avez-vous des frissons ?	oui/non							
Avez-vous des courbatures ?	De 0 à 10							
Avez-vous des maux de tête ?	De 0 à 10							
Avez-vous mal à la gorge	De 0 à 10							
Avez- vous fait un Malaise	oui/non							
Est-ce que vous toussiez ?	oui/non							
Est-ce que vous crachez ?	oui/non							
Avez-vous une gêne respiratoire ?	oui/non							
Avez-vous du mal à respirer au repos ?	De 0 à 10							
Avez-vous du mal à respirer à l'effort ?	De 0 à 10							
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax?	oui/non							
Vos symptômes digestifs								
Avez-vous des troubles du goût ou de l'odorat	oui/non							
Avez-vous des Vomissements	oui/non							
Avez-vous des vomissements et/ou diarrhées ?	oui/non							
Avez-vous des difficultés à boire et manger ?	0 : non 1 : un peu 2 : oui							
Autre paramètre								
Observations								

Aide au remplissage du questionnaire

La fréquence respiratoire :

- Pour la mesurer, compter le nombre de cycle respiratoire (une inspiration et une expiration) que vous faites pendant 1 minute : votre poitrine se soulève à chaque inspiration.
- N'hésitez pas à vous faire aider d'un proche si possible

Le pouls



- Pour le mesurer, on place son index et son majeur au nouveau du poignet (pas le pouce) et on compte le nombre de pulsations ressentis.
- Si besoin, demandez à votre médecin ou à votre infirmier de vous montrer comment vous devez faire

Les évaluations de la douleur de 0 à 10

- Aider vous de cette réglette :



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

