

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA COVID-19 À DISTANCE NOTE DE L'INFIRMIÈRE

STATUT COVID-19	DÉBUT DES SYMPTÔMES (aaaa/mm/jj)	DÉPISTAGE RAPIDE (aaaa/mm/jj)	DÉPISTAGE AU BESOIN (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Usager positif			
<input type="checkbox"/> Usager en contact étroit			
<input type="checkbox"/> Usager avec symptômes de la COVID-19			
Levée des mesures Prévues _____ <input type="checkbox"/> Confirmées _____ Signature _____ <small>aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj</small>			
	Date (aaaa/mm/jj)		
	Heure (hh:mm)		
* Repérage des symptômes transmis par : (Nom de la personne et profession)			
* Inscrire le chiffre correspondant aux éléments rapportés dans la colonne de consignation et préciser au verso dans une note d'évolution.			
1. Température R : Rectale B : Buccale T : Tympanique		_____ °C _____	_____ °C _____
2. Apparition ou aggravation d'une toux	3. Difficulté à respirer		
4. Fatigue extrême	5. Perte d'odorat et/ou goût		
6. Douleur musculaire	7. Perte d'appétit		
8. Mal de gorge	9. Mal de tête		
10. Nausée ou vomissement	11. Diarrhée		
12. Changement de l'état mental	13. Changement du comportement		
14. Changement du niveau des activités de la vie quotidienne			
Poursuivre l'évaluation en regard des symptômes identifiés ci-dessous.			
1. Signes cliniques de T ⁰	CH : chaleur corporelle FF : fièvre/frissons		
2. Toux	S : sèche G : grasse		
Expectoration	C : claire Co : colorée S : sanguinolente		
3. Respiration	Fréquence	_____ /min	_____ /min
Anomalie respiratoire	I : irrégulière E : essoufflement T : tirage B : bruyante S : superficielle PB : peau bleuée		
Saturométrie		_____ %	_____ %
7. Alimentation	N : nulle F : faible H : habituelle		
Hydratation	N : nulle F : faible A : adéquate		
10/11 Gastro-intestinal	V : vomissement D : diarrhée (Nombre dans les dernières 24h)		
12. Capacité d'attention	A : attentif NA : non attentif		
État de conscience	L : léthargique S : stuporeux C : comateux		
Autres symptômes	É : écoulement nasal MV : maux de ventre CN : congestion nasale		
Consignes données au/à P : Personnel U : Usager			
Signature			

