PRISE EN CHARGE PATIENT SUSPECT D'INFECTION AU COVID-19

NOM **Prénom :** **DN :**
Adresse :
Médecin : **tél :** **Pharmacien :** **tél :**
Adressé par :
Personne ressource :
Facteurs de risques (+ de 70 ans, Insuf respiratoire, cardiaque, rénale, ATCD cardio-vasc, diabète…)
Date de début de symptômes :

DATE/HEURE									
Température 2/J Et autres personnes du dom									
TA $\Delta \leq 90mmHg$									
Pouls									
SaO2 $\Delta \leq 90\%$									
FR $\Delta \leq 22/min$									
Toux									
Altération de la CS									
AEG brutal chez PA									
Déshydratation									
Signes 2daires (douleur, diarrhée…)									
Autres :									

Possibilité de rester confiné à dom **oui** **non**
Compréhension des consignes et information **oui** **non**
Signalement médecin le :
Signalement centre 15 le :

TRANSMISSIONS

DATE	PROFESSIONNELS	PROBLEME	ACTIONS	EVALUATION