

VISITE DOMICILAIRE POUR PATIENT COVID 19

Patient :	Date de naissance :	Age :	Tel :	Infirmier :
Adresse :		N° SS :	Mail :	Médecin TTT :
Symptômes :				
Facteurs de risques médicaux		Facteurs de risques socio-environnementaux		Aidant
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Age > 70 ans ▪ Pathologie respiratoire chronique ▪ Insuffisance cardiaque ▪ ATCD AVC ▪ Diabète ▪ Immunodépression ▪ Cancer sous traitement ▪ IMC > 40 ▪ Insuffisance rénale dialysée ▪ Cirrhose 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement ▪ Précarité socio-économique ▪ Difficulté linguistique ▪ Troubles neuro/Psy ▪ Pas de moyen de communication ▪ Nombreuses personnes au foyer ▪ Logement inadapté 		
		Présence d'un proche fragile au domicile		
Rappel des règles d'isolement			Rappel des gestes barrières	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter au maximum ses déplacements ▪ Porter un masque chirurgical lors des déplacements ▪ Se laver les mains ou solution hydro-alcoolique ▪ S'isoler au sein du foyer ▪ Isolement de 10 jours 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tousser ou éternuer dans son coude ▪ Utiliser des mouchoirs à usage unique ▪ Respecter la distance d'1 mètre avec les autres ▪ Éviter de se toucher le visage ▪ Aérer les pièces 10 minutes 3 fois par jour ▪ Saluer sans serrer la main, éviter les embrassades ▪ Utiliser les outils numériques 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remise du formulaire sur l'isolement ▪ Tests aux personnes du foyer : ▪ Contact de la CTAI (Cellule territoriale d'appui à l'isolement) : ▪ Information du médecin traitant ▪ Besoins: Enfants scolarisés Garde enfants Faire les courses ▪ Autres : 				