

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

