

Première consultation de patient suspect de COVID +

Ce document est une aide à la primo-consultation de patient COVID + en cabinet de médecine libérale :

Coordonnées du patient :

Nom :

Prénom :

DDN :

Vérifier les coordonnées du patient (Adresse et numéro de téléphone) :

.....

.....

NIR :

Préciser :

Consultation présentielle

Téléconsultation

Comorbidités et facteurs de risque du patient (cochez ceux présents) :

Âge > 70 ans Immunodépression :

Pathologie respiratoire chronique : - Médicamenteuse

- BPCO (précisez stade) - VIH (préciser taux CD4)

- Asthme (précisez si stable ou non) - Greffe d'organe ou cellules

- Mucoviscidose souches hématopoïétiques

- Autre (précisez) - Cancer en cours de traitement ou récent

Insuffisance rénale chronique dialysée Obésité morbide (IMC > 30)

Insuffisance cardiaque (NYHA 3 ou 4) Grossesse (préciser terme)

Cirrhose >= stade B Antécédents cardiovasculaires :

Diabète insulino-requérant ou - HTA

avec Complications - AVC

(micro et macro angiopathiques) - Coronaropathie

- Chirurgie cardiaque

Préciser :

Vit seul : OUI/NON

Si ne vit pas seul, Isolement possible au domicile : OUI/NON (précisez : chambre seule, SDB et WC seul)

Aidants identifiés : Oui/Non Si oui : Nom – Prénom et coordonnées

Personnes à risque au domicile : Oui/Non

Bonne compréhension des mesures d'hygiène et de confinement : Oui/Non

Infirmier(e) à domicile : Oui/Non Si oui : Nom – Prénom et coordonnées

Ttt habituel :

(Rechercher la prise d'AINS)

.....

.....

Trame de questionnaire de primo-consultation de patient suspect Covid-19

Questions	Type de réponses attendues	Réponses / Précisions	
Signes fonctionnels généraux et tolérance			
Date 1 ^{ers} symptômes			
Température	X, depuis quand ?		
Vous vous sentez :	0 = très bien à 10 = très mal		10
Frissons	Oui/non		
Courbatures	0 = non à 10 = très intense		10
Céphalées	0 = non à 10 = très intense		10
Notion de malaise	Oui/ non		Oui
Confusion	Oui/ non		Oui
Chute inhabituelle	Oui/ non		Oui
Signes fonctionnels respiratoires hauts et bas			
Toux	Non, un peu, beaucoup		Beaucoup
Crachats, sales ?	Oui/non		Oui, surinfection
Signes pharyngés	Oui/non		Oui
Gêne respiratoire	Oui/non		Oui
Essoufflement au repos	Oui/non		Oui
Essoufflement à l'effort	Lors effort léger; effort intense; non		Effort léger et intense
Douleur thoracique	0 = non à 10 = très intense		10
Signes digestifs			
Anosmie/Agueusie	Oui/non		Oui
Vomissements	Oui/non		
Diarrhée	Oui/non		
Difficultés à boire et manger	Oui/non		Oui
Données examen clinique			
Température	En degrés celsius		
Ausc pulmonaire	Crépitations		Oui
Fréquence Respi	/minute		Sup 22
Cyanose	Mains, lèvres : Oui/Non		Oui
TA/pouls	xx mmHg ; xx/min		TA syst < 90 / Pouls > 100
Sat O2	xx %		S02 < 90%
Déshydratation	Oui/non		Oui
Marbrures	Oui/non		Oui
Altération EG rapide	Oui/non		Oui
Troubles de la conscience	Oui/non		Oui
lésions cutanées type acrosyndromes + urticaire cutanée	Oui/non		Oui



SIGNES D'ALERTE nécessitant une surveillance approchée



SIGNES DE GRAVITÉ nécessitant l'appel du SAMU