

FICHE DE CONSULTATION - C3 (ville)

Date : / / 2020		Heure :	
Médecin de garde au centre COVID :		Orienté par : Médecin traitant Médecin généraliste autre Urgences 15 Direct	
Médecin traitant :		Cabinet IDE référent :	
Nom et prénom du patient :		Genre : Féminin / Masculin	
Date de naissance :		SpO2 :	
N° Sécurité sociale : (code régime)		Pouls :	
Mutuelle :		Température :	
Téléphone :		Fréquence respiratoire :	
Adresse postale :		TA :	
Adresse mail :		Prise de paracétamol : Oui / Non Heure de prise :	
Contact connu avec patient COVID + (validé par PCR) : Oui / Non		Prise d'AINS : Oui / Non Heure de prise :	
Voyage dans une zone à risque : Oui / Non			

COMORBIDITES		(cases à entourer)		OUI	NON
Age > 70 ans				OUI	NON
Pathologie respiratoire				OUI	NON
	Insuffisance respiratoire chronique sous O2			OUI	NON
	Asthme			OUI	NON
	BPCO			OUI	NON
	Mucoviscidose			OUI	NON
Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV				OUI	NON
Cirrhose > ou = stade B				OUI	NON
Antécédents cardiovasculaires (si oui, lequel :)				OUI	NON
	HTA			OUI	NON
	AVC			OUI	NON
	IDM			OUI	NON
	Chirurgie cardiaque			OUI	NON
Diabète (si oui, précisez:)				OUI	NON
	insulinodépendant			OUI	NON
	Complicqué (microangiopathie ou macroangiopathie)			OUI	NON
Obésité morbide IMC > 40				OUI	NON
Grossesse (si oui, précisez la DDG : / /)				OUI	NON
Immunodépression (si oui, lequel:)				OUI	NON
	Médicament (si oui, lequel:)			OUI	NON
	Chimiothérapie			OUI	NON
	Immunosuppresseur			OUI	NON
	biothérapie			OUI	NON
	corticothérapie (dose immunosuppressive)			OUI	NON
	VIH non contrôlé ou CDA<200mm3			OUI	NON
	Greffe d'organe solide ou cellules souches hématopoïétique			OUI	NON
	Cancer métastasé			OUI	NON
Insuffisance Rénale Chronique dialysée				OUI	NON
Tabagisme				OUI	NON

EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT (cases à entourer)			
Logement adapté (pièce dédiée et aérée)		OUI	NON
Moyen de communication possible (portable, ordinateur)		OUI	NON
Présence d'un aidant pour l'accès aux moyens de bases (courses alimentaires) ou la surveillance		OUI	NON
Compréhension et adhésion aux mesures de confinement, règles d'hygiène et d'auto-surveillance		OUI	NON
Absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile		OUI	NON



SYMPTOMES (si oui, précisez la date de début)	OUI	NON
Fièvre	OUI	NON
Frissons	OUI	NON
Courbatures	OUI	NON
Toux	OUI	NON
Céphalées	OUI	NON
Rhinorrhée	OUI	NON
Crachats sales	OUI	NON
Maux de gorge	OUI	NON
Diarrhées	OUI	NON
Douleur abdominale	OUI	NON
Nausées	OUI	NON
Asthénie	OUI	NON
Anosmie	OUI	NON
Agueusie	OUI	NON
Décompensation pathologie sous-jacente	OUI	NON

SIGNES DE GRAVITE	OUI	NON
Douleurs thoraciques	OUI	NON
Gêne respiratoire	OUI	NON
Essoufflement	OUI	NON
Altération de la conscience	OUI	NON
Syndrome confusionnel	OUI	NON
Somnolence	OUI	NON
Déshydratation	OUI	NON
AEG brutale chez le sujet âgé	OUI	NON
FR > 22/min	OUI	NON
SpO2 < 90% en air ambiant	OUI	NON
PAS < 90mmHg	OUI	NON
Foyer pulmonaire à l'auscultation	OUI	NON
Marbrures	OUI	NON

Traitement habituel :

Note(s) autre(s) :

Résultat des examens paracliniques :

- **PCR COVID-19** : Réalisé / Non réalisé Date de prélèvement :
Résultat :
- **Biologie** : Réalisé / Non réalisé
Résultat :
- **Radiographie thoracique** pour diagnostic différentiel : Réalisé / Non réalisé
Résultat :
- **Echographie thoracique** : Réalisé / Non réalisé
Résultat :
- Autre(s) examen(s) :

ORIENTATION (cases à entourer)		
Retour à domicile (si oui, précisez :)	OUI	NON
Surveillance à domicile par téléphone (à J2 et J6 du début des symptômes)	OUI	NON
Surveillance à domicile par téléconsultation (à J2 et J6)	OUI	NON
Surveillance à domicile par IDE (à J2 et J6)	OUI	NON
Mise en place hospitalisation à domicile (HAD)	OUI	NON
Traitement symptomatique	OUI	NON
Arrêt de travail	OUI	NON
Conseils : confinement, hygiène, auto-surveillance	OUI	NON
Transfert aux urgences par ambulance / pompiers	OUI	NON
Transfert aux urgences médicalisé (SAMU)	OUI	NON
Orientation vers spécialiste (si oui, lequel :)	OUI	NON
Cardiologue	OUI	NON
Pneumologue	OUI	NON
Infectiologue	OUI	NON

Note(s) autre(s) :

