

INFOS DE BASE Consultation COVID-19	
Nom, Prénom	Texte libre
Date de naissance	XX/XX/XXXX
Age (calculé automatiquement)	XXX
Téléphone	XX XX XX XX XX
email	Texte libre
Adresse	Texte libre
Médecin traitant	Texte libre
Qui réalise l'acte ?	Nom prénom
Type d'acte	consultation / téléconsultation (avec vidéo) / consultation téléphonique / visite à domicile
Est-ce une première évaluation ou un suivi ?	Première évaluation / suivi
FACTEURS DE RISQUE D'ÉVOLUTION DÉFAVORABLE EN CAS DE COVID 19 (première évaluation)	
Tabagisme > 20 paquets / année	oui/non / nsp
Maladie respiratoires chroniques	oui/non / nsp
Insuffisance rénale dialysée	oui/non / nsp
Maladie cardiaque chronique	oui/non / nsp
Cirrhose	oui/non / nsp
Hypertension artérielle	oui/non / nsp
Diabète traité par insuline ou diabète avec des complications	oui/non / nsp
Immunodépression . médicamenteuse : chimiothérapie, corticoïdes, immunosuppresseurs . infection VIH avec charge virale positive et/ou CD4<200 . greffe d'organe . cancer métastaté	oui/non / nsp

Obésité morbide (IMC > 40)	oui/non / nsp
Grossesse en cours	oui/non / nsp
Autres infos sur les facteurs de risque	Texte libre
SYMPTOMES	
Date de début des symptômes	JJ/MM/AAAA
Comment vous sentez-vous ?	comme d'habitude/un peu plus mal que d'habitude/beaucoup plus mal que d'habitude
Température max depuis le début	Xx,x
Frissons	non / oui
Courbatures	non/modérées/fortes
Maux de tête	non/modérés/forts
Perte de l'odorat récente	non/partielle/complète
Toux	non /un peu / beaucoup
Crachats	non/oui
Aspect des crachats	Crachats propres/crachats sales
Douleurs au niveau du thorax	0 non à 10 très intense
Essoufflement à l'effort	non/comme d'habitude/plus que d'habitude/au moindre effort
Essoufflement au repos	non / oui
Prendre son souffle et compter à voix haute (noter le chiffre atteint)	
Faire parler en marchant	facile/difficile
Tenir une apnée (chronométré)	X secondes
Alimentation et hydratation correctes	non/oui
Déshydratation	non/oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	non/oui

Altération de la conscience	non/oui
Autres infos sur les symptômes	Texte libre
SIGNES CLINIQUES	
Fréquence respiratoire	xx
Saturation O2	xx
Fréquence cardiaque	xxx
Pression artérielle	xxx/xxx
Température en ce moment	xx,x
Anomalie auscultation	Texte libre
Autres infos sur les signes cliniques	Texte libre
AUTONOMIE, ENTOURAGE, ETC	
Autonomie	oui/fragile/dépendant
Compréhension des conseils	oui/non
Confinement possible dans le logement	oui/non
Aide par entourage possible, si nécessaire	oui/non
Personne à risque dans l'entourage	Texte libre
Aidants professionnels en place (préciser)	oui/non/non nécessaire
Autres infos sur autonomie, entourage...	
DÉCISIONS	
Appel SAMU	oui/non
Hospitalisation	oui/non
Explications, conseils pendant la consultation	oui/non
Adressé(e) à IDE (Asalée ou autre) pour explications, conseils, soutien	oui/non
Suivi (préciser quand et par qui)	Texte libre

COVIDOM	oui/non
Autres infos sur les décisions	