

# **CHECK LIST d'inclusion dans le circuit de suivi ambulatoire des patients COVID 19 positifs**

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Date d'hospitalisation (le cas échéant) :

Date de sortie du CHM :

Unité COVID :

ETIQUETTE PATIENT

Date du 1<sup>er</sup> prélèvement :

Date des 1ers symptômes :

**Date de fin de quatorzaine:**

Consentement du patient pour le suivi en ambulatoire (rayez la mention inutile) : **oui non**

Date et heure de l'entretien:

Nom du médecin/interne:

Questions à poser au patient	OUI	NON
Vivez-vous avec des personnes fragiles à votre domicile ? <b>(si réponse positive = donner des conseils de confinement)</b>		
<b>Aspect logistique (si réponse négative = donner des conseils ou évaluer la nécessité d'une hospitalisation)</b>		
Avez-vous une pièce dédiée, bien aérée à votre domicile ?		
Avez-vous des sanitaires dédiés ? Sinon, pouvez-vous respecter les consignes d'hygiène strictement ?		
Pouvez-vous effectuer vos courses alimentaires sur Internet ? Sinon, pouvez-vous recourir à une aide pour réaliser vos courses ?		
Avez-vous des moyens de communication à domicile : téléphone, ordinateur ?		
<b>Critères cliniques de gravité (si réponse positive = exclusion, organiser une hospitalisation)</b>		
Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)		
Oxymétrie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant		
Pression artérielle systolique < 90 mmHg		
Altération de la conscience, confusion, somnolence		
Déshydratation		
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé		
<b>Prise en charge médicale de l'épisode actuel (Si une réponse négative = exclusion)</b>		
Le patient a-t-il été examiné par un médecin ?		
En cas de sortie d'hospitalisation le patient respecte-t-il les critères d'éligibilité depuis 24H ?		
<b>Conclusion de l'entretien (consignes données +/- avis de l'infectiologue) :</b>		
<b>INCLUS /EXCLU</b>		