



# DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

## COORDONNÉES IDELCOVID


NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE

AGE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMÉRO SÉCU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORGANISME / MUTUELLE / EXONÉRATION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N°

VOIE


TÉLÉPHONES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAIL


MÉDECIN TRAITANT

MÉDECIN COVID

<b>Dr</b>	
-----------	--

PHARMACIE

Cabinet IDEL habituel

--	--

Laboratoire

autre

--	--

PERSONNE DE CONFIANCE

OUI	NON	Voir fiche NOM PRÉNOM
-----	-----	--------------------------

## CONSENTEMENT

J'accepte le plan de soin proposé ainsi que la mise en place et l'utilisation d'un dossier de soins autorisant les photos.  
J'accepte de régler par chèque ou en espèces les soins effectués si mes droits AMO et/ou AMC ne sont pas à jour et si la complémentaire n'est pas conventionnée avec les infirmières.

Date et signature :

Ce dossier est mis en place pour faciliter la continuité des soins et la communication entre les professionnels de santé intervenant dans l'intérêt du patient.  
Il contient des informations soumises à l'article R431-28 du CSP.  
Le patient dispose d'un libre accès aux informations le concernant et est libre d'autoriser ou de refuser l'accès au présent dossier à un tiers.  
Les professionnels ayant mis en place ce dossier de soins en restent dépositaires et en assurent l'archivage.  
Une copie peut être remise au patient ou à la personne de confiance désignée sur demande.

## A compléter avec le médecin

SYMPTÔMES (dates)	J1	J6	J14
----------------------	----	----	-----

### Facteurs de risques Médicaux

<input type="checkbox"/>	Age > 70
<input type="checkbox"/>	Pathologie respiratoire chronique
<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
<input type="checkbox"/>	Antécédents Cardiovasculaires (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...)
<input type="checkbox"/>	Diabète insulino-dépendant ou compliqué
<input type="checkbox"/>	immunodépression (médicamenteuse, VIH...)
<input type="checkbox"/>	Cancer sous traitement
<input type="checkbox"/>	IMC > 40
<input type="checkbox"/>	Greffe d'organes ou de cellules hématopoïétiques
<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale dialysée
<input type="checkbox"/>	Cirrhose ≥ stade B

Présence d'un proche fragile au domicile	<input type="checkbox"/>	Aidant (précisez)	<input type="checkbox"/>	Pièce de confinement disponible	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------

### Facteurs de risques Socio-environnementaux

<input type="checkbox"/>	Isolement
<input type="checkbox"/>	Précarité socio-économique
<input type="checkbox"/>	Difficulté linguistique
<input type="checkbox"/>	Troubles neuro / psy
<input type="checkbox"/>	Pas de moyen technique de communication disponible

### Echelle de Glasgow total maxi = 15

	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	ne rien ouvrir	ne rien dire	ne rien faire
2	À la douleur	incompréhensible	Extension stéréotypée
3	Au bruit	inappropriée	Flexion stéréotypée
4	spontanée	confuse	Evitement
5		normale	Orientée
6			Aux ordres



[illegible]

# **SURVEILLANCE HEBDOMADAIRE : SUIVI RENFORCE EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE DE COVID 19**

DATES																		
Émargement																		
Saturation																		
Fréquence respiratoire																		
Température																		
Pression artérielle																		
Fréquence cardiaque																		
Comment vous sentez vous ? 0-10																		
Toux 0/+/++/+++																		
Gène respiratoire 0/+/++/+++																		
Dyspnée au repos (0/+)																		
Compter rapidement à haute voix : inscrire le chiffre																		
Conscience/ Glasgow																		
Isolement adéquat																		
Traitement habituel (Voir ordo)																		
Paracétamol 500/1000																		
Téléconsultation																		
Appel médecin/SAMU																		
Critères gravité ➔ APPEL SAMU	<input type="checkbox"/> FR 22/MN <input type="checkbox"/> SpO2 AA < 90% <input type="checkbox"/> PAS < 90 mm Hg <input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Altération conscience/confusion/somnolence <input type="checkbox"/> Altération brutale état général																	
Rendez-vous																		
Bilan sanguin																		
* Voir transmissions																		

[illegible]

[illegible]

[illegible]