



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

Direction des soins / Département de Médecine Communautaire

**Formulaire pour la prise en soin d'un patient stable suspect d'une infection à SARS-CoV-2**

Responsable du document : F. Jacqueroz, T. Delieutraz  
Validé par J. Salamun, E. Satin, H. Spechbach

Type de document :  
Protocole

Domaine :  
Soins infirmiers, soins médico-délégués

Date de création :  
27.02.2020

Date d'entrée en vigueur :  
28.02.2020

Date de mise à jour :  
02.04.2020

N° de version :  
1.9

**COLLABORATEUR HUG :**

oui ☐ non ☐

service : \_\_\_\_\_

Si oui en contact avec patients :

oui ☐ non ☐

Soignants hors HUG : oui ☐ non ☐

Lieu : \_\_\_\_\_

**Etiquette patient**

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

Tél

DEPISTAGE AVANT HOSPITALISATION : oui ☐ non ☐ Service : \_\_\_\_\_

DEPISTAGE ASYMPTOMATIQUE : oui ☐ non ☐ Raison : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**Date :**

**Langue parlée :** français albanais anglais arabe  
espagnol farsi dari portugais roumain tigrinien  
autre : \_\_\_\_\_

**Date de début des symptômes :**

**A. SYMPTÔMES :**

Rhinorrhée/Runny nose Odynodysphagie/sore throat Myalgies/muscular pain Frissons/chills

Toux sèche/dry cough Toux productive/productive cough Crachats rosés/pink sputum

Fièvre (anamnestique ou objectivée)/Fever Anosmie (perte d'odorat)/anosmia (loss of smell)

Symptômes digestifs (nausées/diarrhées/douleurs abdo)/abdominal symptoms asthénie /fatigue

Dyspnée (peine à respirer)/difficulty breathing Douleurs thoraciques/ thoracic pain

céphalées/headache Autre : \_\_\_\_\_

**Allergies :**

**Traitements habituels :**

**B. PARAMETRES VITAUX / SIGNES CLINIQUES :**

Dyspnée (stridor, SDR) oui ☐ non ☐

Tachypnée (> 24/min) oui ☐ ...../min non ☐

Température (axillaire > 38,5°C ) oui ☐ ..... °C non ☐

Désaturation (< 94% AA) oui ☐ ..... % non ☐

**Si OUI à l'un de ces trois symptômes : contacter le médecin pour suite de prise en charge**

**Formulaire pour la prise en soin d'un patient stable suspect d'une infection à SARS-CoV-2**

<b>Responsable du document :</b> F. Jacqueroz, T. Delieutraz <b>Validé par</b> J. Salamun, E. Satin, H. Spechbach	<b>Type de document :</b> Protocole	<b>Domaine :</b> Soins infirmiers, soins médico-délégués
<b>Date de création :</b> 27.02.2020	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 28.02.2020	<b>Date de mise à jour :</b> 02.04.2020
		<b>N° de version :</b> 1.9

**C. CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ/facteurs de risque :**

Maladie respiratoire chronique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Cardiopathie :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ATCD d'infarctus :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Immunosuppression :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Greffé :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Chimiothérapie récente :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Cancer :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Diabète :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Grossesse :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Patient prenant plus de 3 traitements médicamenteux :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Tabagisme (si tabac actif, UPA : _____ )	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**D. HABITUDES DE VIE :**

Comorbidité : HTA	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prise récente (7 derniers jours) d'AINS (eg ibuprofen, diclofenac) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vaccin grippe (saison 2019-2020) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Patient SDF :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Foyer (migrants/réfugiés) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Résident EMS :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Environnement psycho-social difficile :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre structure de vie collective : _____		
Nombre de personnes vivant dans le même appartement/foyer: _____		

**E. EXPOSITION (lien épidémiologique) :**

- Avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours ?** oui ☐ non ☐  
*Have you travelled in the last 14 days?*  
 Si oui :  
 Pays : \_\_\_\_\_, ville : \_\_\_\_\_ Nombre de jour : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_, ville : \_\_\_\_\_ Nombre de jour : \_\_\_\_\_  
 Quelles activités sociales ou professionnelles avez-vous faites dans ces pays ? : \_\_\_\_\_
- Avez-vous été en contact avec une personne confirmée positive au SARS-CoV-2 dans les 14 derniers jours ?** oui ☐ non ☐  
*Have you been in close contact with a SARS-CoV-2 confirmed patient in the last 14 days?*  
 Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Etiez-vous en quarantaine en tant que contact proche d'un cas confirmé SARS-CoV-2 ?** oui ☐ non ☐

**FROTTIS :** oui ☐ non ☐

**Veuillez préciser si frottis non effectué :** \_\_\_\_\_

**Pour le patient : besoin d'une ordonnance ou d'un arrêt de travail ?** Oui ☐ non ☐

**Si oui : contacter le médecin**

**Intervention du médecin (statut, complément d'anamnèse) :**