**Questionnaire de Téléconsultation Infirmière**

**Suivi des patients – Épidémie Sars-CoV2**

DATE DEBUT CONFINEMENT :

Date réalisation de la grille : \_\_\_\_  /\_\_\_\_

J2  , J7  , J10 , J14

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Infirmier :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Questions** | **Signes d’alerte** | **Modalités de réponses** | **Observations** |
| **ÉTAT GÉNÉRAL** |
| Comment vous sentez vous ? | Si = 0 | 0 = Très mal10 = Très bien |  |
| Recherche des antécédents |  |  |  |
| Avez-vous pris du paracétamol depuis le dernier questionnaire ? |  | Oui / NonModalité de prises ? |  |
| Somnolence ? |  | Oui ou Non |  |
| Score de Glasgow | < ou = 13 |  |  |
| Asthénie | Si = 10 | 0 = Aucune10 = Très intense |  |
| Avez-vous des courbatures ? | Si = 10 | 0 = Aucune10 = Très intense |  |
| Avez-vous des céphalées ? | Si = 10 | 0 = Aucune10 = Très intense |  |
| Altération de l’état général brutal chez le sujet âgé | Si = Oui | Oui / Non |  |
| **SIGNES INFECTIEUX** |
| Température | Si > 39°C |  |  |
| Avez-vous des frissons ? | Si = Oui | Oui ou Non |  |
| **SIGNES CARDIO-VASCULAIRES** |
| Pouls | > 100 BPM |  |  |
| Marbrure | Oui | Oui ou Non |  |
| Pâleurs des culs de sac conjonctivaux \* | Oui | Oui ou Non |  |
| **SIGNES RESPIRATOIRES** |
| Fréquence respiratoire \* | Si > 22 CPM |  |  |
| Signe de tirage \* | Si = Oui | Oui / Non |  |
| Cyanose \* | Si = Oui | Oui / Non |  |
| Dyspnée au repos ? | Si = Oui | Oui / Non |  |
| Dyspnée à l’effort ? | Si = Effort léger | Effort légerEffort intenseNon |  |
| Toussez-vous ? | Si = 10 | 0 = Aucune10 = Très fréquente |  |
| Avez-vous des douleurs thoraciques ? | Si > 8 | 0 = Aucune10 = Très intense |  |
| Faire compter à voix haute d’une traite |  | Noter le chiffre |  |
| **SIGNES ORL** |
| Présence de rhinorrhée ? |  | Oui / Non |  |
| Rhinorrhée purulente | Si = Oui | Oui / Non |  |
| Présence d’expectorations ? |  | Oui / Non |  |
| Expectorations purulentes | Si = Oui | Oui / Non |  |
| Présence d’une anosmie ? |  | Oui / Non |  |
| Présence d’une agueusie ? |  | Oui / Non |  |
| Présence d’une Odynophagie ? |  | Oui / Non |  |
| **SIGNES DIGESTIFS** |
| Avez-vous vomi ? |  | Oui / Non |  |
| Avez-vous la diarrhée ? |  | Oui / Non |  |
| Arrivez-vous à boire et à manger correctement ? |  | Oui / Non |  |
| Signes de déshydratation ? | Pli cutané | Oui / Non |  |
| **CONCLUSION** |
| Aimeriez-vous être rappelé ? |  | Oui / Non |  |
| Prochain rendez-vous ? |  |  |  |
| Nombre de signes de gravité |  |  |  |
| Évolution depuis la dernière téléconsultation |  |  |  |
| Information du médecin traitant |  | Oui / Non |  |
| Information du Centre 15 |  | Oui / Non |  |

\* Signes à rechercher prioritairement en viso-conférence

**Mode opératoire du suivi des patients confinés au domicile**

* Signalement du patient confiné par le médecin traitant.
* Ajout du patient dans le tableau Excel de suivi de l’infirmier pour identifier la date de confinement et les dates de réalisation de la grille d’évaluation de l’état de santé par téléphone.
* Réalisation du suivi à l’aide de la grille ci-dessous à J2 / J7 / J10 / J14
* Pour chaque réalisation de la grille,
	+ Partage de la grille avec le médecin traitant par échanges de mails ou d’applications sécurisés.
	+ Appel systématique du médecin si un signe d’alerte est atteint sur un critère rouge et si l’évolution est jugée défavorable (Augmentation des signes de gravité).