

IDENTITE PATIENT

Nom et Prénom	
Date de naissance	

Date de la prescription :

Prise en charge en suivi infirmier d'un patient Covid-19 ce jour à J+ ____ du début des symptômes.

Surveillance des constantes et des signes vitaux. Education aux gestes barrières.

- au domicile en présentiel
- en télé soin
- en télé consultation en lien avec le médecin

____ fois / J ou ____ fois / semaine pendant ____ jours

NB : Si l'état de santé le nécessite, le télé suivi évoluera vers un suivi à domicile

Signes de gravité :

- Polypnée (FR > 22/mn) ou dyspnée perceptible au téléphone
- SAO2 < 94 % Air ambiant - TA Syst < 90
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- AEG brutale chez le sujets âgé, comportement inhabituel, signes digestifs ++

Signature et Cachet du prescripteur

