

PATIENT : _____ IPP n° : _____ SUIVI : TELE PRESENTIEL FREQUENCE DE VISITE : _____

SIGNES DE GRAVITE / SEUILS :

Signes de gravité suivants = indications d'hospitalisation :

- **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.**

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ATTEINTE D'UN SEUIL :

1- SI DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE

Prendre contact
avec

SAMU-Centre 15

2- DEGRADATION ETAT CLINIQU OU SUSPICION COVID19

Contact

MEDECIN TRAITANT

Paramètres de surveillance	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Température (X °C)									
Frissons (Oui/Non)									
Fréquence respiratoire (X /min)									
SpO2 (X %)									
Toux (Oui/Non)									
Expectorations (aspect : OK/KO)									
Pression artérielle (X/X mmHG)									
Pouls (X /min)									
Marbrures (Oui/Non)									
Déshydratation (Oui/Non)									
État de conscience (OK/KO)									
Expectorations si KO Date :	Détails :								
Etat de conscience si KO Date :	Détails :								