synapse

CPTS du Comtat Venaissin

CPTS Grand Avignon

Dossier de Soins Infirmiers

COORDONNÉES *IDELCOVID*

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / **AGE**

NUMÉRO SÉCU

ORGANISME / MUTUELLE / EXONÉRATION

N° **VOIE**

MAIL **TELEPHONES**

MÉDECIN TRAITANT **MÉDECIN *COVID***

Dr

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'ai compris que je suis libre de faire appel aux soignants de mon choix, conformément à l'article 1110-8 du CSP, créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. J'accepte librement qu'une autre infirmière que mon infirmière habituelle intervienne temporairement auprès de moi.

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	
☐	Age > 70 ans
☐	Pathologie respiratoire chronique
☐	Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
☐	Antécédents cardiovasculaires (AVC, coronaropathie, HTA compliquée...)
☐	Diabète insulinodépendant ou compliqué
☐	Immunodépression (médicamenteuse, VIH...)
☐	Cancer sous traitement
☐	IMC > 40
☐	Greffe d'organes ou de cellules hématopoïétiques
☐	Insuffisance rénale dialysée
☐	Cirrhose ≥ stade B

Présence d'un proche fragile au domicile	☐	**Aidant** (précisez)	☐	**Pièce de confinement disponible**	☐

Facteurs de risques socio-environnementaux	
☐	Isolement

☐	Précarité socio-économique
☐	Difficulté linguistique
☐	Troubles neuro / psy
☐	Pas de moyen technique de communication disponible

Echelle de Glasgow
total maxi = 15

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

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																					
Diarrhée/Anosmie (D / A)																					
Isolement adéquat (O / N)																					
Traitement habituel (Voir ordo)																					
Paracétamol 500/1000																					

| | | |

DATE	TRANSMISSIONS	Signature

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																					
Diarrhée/Anosmie (D / A)																					
Isolement adéquat (O/N)																					
Traitement habituel (Voir ordo)																					
Paracétamol 500/1000																					
Téléconsultation																					
Appel médecin/SAMU																					
Critères gravité ❾Appel SAMU	☐FR > 22/mn ☐SpO2 AA < 90% ☐PAS < 90 mm Hg ☐Déshydratation ☐Altération conscience/confusion/somnolence ☐Altération brutale état général																				
Rendez-vous																					

Bilan sanguin							
*** Voir transmissions**							

DATE	TRANSMISSIONS	Signature

DATE	TRANSMISSIONS	Signature

DATE	TRANSMISSIONS	Signature