

Fiche de renseignements cliniques COVID-19

Rédigé par : ROUSSELBIN Catherine

Validé par : THEVENIN Christelle
Le : 2020-04-22Approuvé par : AGOSTINI Anne
Le : 2020-04-22**PATIENT**

Nom :

Sexe : H F

Prénom :

Date Naissance :

Tél :

N° SS :

mutuelle :

fin de droits:

Prescripteur :

ETIQUETTE PATIENT

NATURE DU PRELEVEMENT

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

 Nasopharyngé

Antériorité? Date :

Résultat :

 Autre:**CONTEXTE** Personne avec symptômes évocateurs de Covid-19 Résident ou personnel d'EHPAD (présence de symptômes évocateurs de Covid 19 ou présence d'au moins un cas COVID-19 confirmé dans l'établissement) Protocole validé par l'ARS

Date de contact avec un patient confirmé positif:

Date d'arrivée en Martinique :

 Autre contexte (Préciser):**SIGNES CLINIQUES**

Date de début des signes :

 Fièvre Signes respiratoires Syndrome de détresse respiratoire aiguë Syndrome grippal Signes digestifs Insuffisance rénale Conjonctivite Signes neurologiques (perte du goût, de l'odorat) Asymptomatique Autres (préciser):**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Vaccination contre la grippe saisonnière

 OUI NON

Prescription de traitement anti-viral

 OUI NON

Existence d'une maladie chronique

 OUI NONSi oui, préciser : Diabète Maladie cardiovasculaire Maladie respiratoire Immunodépression Autres (Préciser):