

EVALUATION DES PATIENTS VIS-A-VIS DU COVID

RENSEIGNEMENTS :

Nom Prénom : _____ Date de naissance: ___/___/___

Téléphone : _____

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE PARTICULIERS ?

Age supérieur à 65 ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabète non équilibré ou présentant des complications ;	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Immunodépression congénitale ou acquise :	
- médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
o par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm3	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Syndrome drépanocytaire majeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Grossesse au troisième trimestre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autres problèmes de santé ? OUI NON Si oui, lesquels ?

Dans les 14 derniers jours, avez-vous côtoyé étroitement une personne diagnostiquée COVID-19 ?

OUI NON

A ce jour et dans les 2 dernières semaines avez-vous présenté des signes évocateurs de la maladie ?

Fièvre (> 38°C) Si oui, date de fin :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté respiratoire Si oui, date de fin :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse de goût soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Toux sèche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse d'odorat soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Courbatures inexplicables	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fatigue soudaine inexplicée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Céphalées (hors migraines connues)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diarrhées (chez patient > 80 ans et enfant < 3 ans)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Avez-vous été diagnostiqué positif au Covid 19 ? : OUI NON

- o Nombre de jours depuis le début des symptômes :
- o Nombre de jours depuis la fin de la fièvre :
- o Nombre de jours depuis la fin de la difficulté respiratoire :

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX PRIS PAR LE PATIENT

Prenez-vous actuellement un des traitements suivants ?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Antibiotiques | <input type="radio"/> Antihistaminiques | <input type="radio"/> Cortisone |
| <input type="radio"/> Aspirine | <input type="radio"/> Traitements pour la tension | <input type="radio"/> Prozac |
| <input type="radio"/> Insuline | <input type="radio"/> Valium | <input type="radio"/> Tranquillisants |

Autres : _____

ALLERGIES

Avez-vous déjà eu des réactions allergiques graves ? OUI NON

Etes-vous allergique à l'un des produits suivants ?

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anesthésique local chez le dentiste | <input type="radio"/> Iode et produits dérivés | <input type="radio"/> Métal |
| <input type="radio"/> Antibiotiques | <input type="radio"/> Latex | <input type="radio"/> Barbituriques |
| <input type="radio"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="radio"/> Neuroleptiques ou somnifères | <input type="radio"/> Codéine |

Autres : _____

QUESTIONS S'ADRESSANT AUX FEMMES UNIQUEMENTS :

Etes-vous enceinte ? OUI NON depuis combien de mois ? _____

Prenez-vous actuellement un moyen de contraception ? OUI NON lequel ? _____

DATE et SIGNATURE