

INTERROGATOIRE MEDICAL PATIENTS SUSPECTS COVID 19



Objet du formulaire : 72h à 48 h avant une hospitalisation prévue, selon l'organisation de chaque département, le médecin référent du patient ou le médecin responsable de l'hospitalisation dans l'unité, procède à l'appel du patient et remplit le questionnaire suivant. Le questionnaire doit être scanné et archivé dans CLINICOM et si dossier patient papier, archivé dans le dossier.

Date appel :/...../2020 Identité Médecin :.....

Identité patient :

Nom :

Prénom :

DDN :

N° téléphone (portable) :

Coller l'étiquette Patient

Signes évocateurs d'infection COVID-19 :

- toux sèche
- anosmie/agueusie brutale
- dyspnée
- fièvre (t°>38°C)*
- céphalées inhabituelles
- douleurs musculaires

AUCUN :

* dans les 14 derniers jours sans autre cause

Contact avec un cas confirmé (testé et COVID-19 +) ou suspect*

OUI

NON

* fièvre **ET** au moins un signe évocateur d'infection COVID-19 (dyspnée, toux sèche, myalgies, anosmie et agueusie, asthénie inhabituelle, troubles digestifs)

Si oui à l'un des items et/ou chirurgie non reportable (14 jours après la fin des symptômes ou 24j après le début)

Dépistage : OUI NON