

DONNEES ADMINISTRATIVES DU PATIENT

NOM PRENOM
 DATE NAISSANCE TELEPHONE
 POIDS TAILLE ALLERGIE OUI NON

DONNEES PEAS

PRESCRIPTEUR CORRESPONDANT
 DATE DE DEMANDE DATE D'HOSPITALISATION
 DEPASSEMENT OUI NON PRESTATAIRE

MODE DE L'ENREGISTREMENT Hospitalisation Externe Domicile
 TESTS DE VIGILANCE TILE TME AUCUN

1 NUIT Nuit seule Nuit+Test vigilance Nuit+matin Après midi+Nuit HolterPSG
 Sans PPC Avec PPC Avec OAM Avec ASV Avec VNI

2 NUITS Sans PPC Avec PPC Avec OAM Avec ASV Avec VNI

3 NUITS Sans PPC Avec PPC Avec OAM Avec ASV Avec VNI

HDJ OAM INSOMNIE COMISA

RESULTATS TELECS CS LENDEMAIN EN CHAMBRE CS A DISTANCE

BILAN COMPLEMENTAIRE

CARDIO CS Echocardiaque Epreuve d'effort MAPA Holter
PNEUMO CS EFR GDS Tests cutanés
AUTRES Cs Gériatrie Cs Endocrino Cs ORL CS Neuro Cs Psy
PARAMED Cs Diététique Cs Kiné

QUESTIONNAIRE COVID

	Oui	Non
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux ou aggravation d'une toux pré-existante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée (essoufflement) ou aggravation d'une dyspnée pré-existante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysgueusie récente (modification ou perte du goût)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosmie brutale ou récente (perte d'odorat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées/maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhées et/ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires / musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles récents de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si patient > 70 ans, rechercher systématiquement en plus : (Attention : un patient âgé peut ne pas être fébrile)		
Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fébricule ou hypothermie (température <36°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si présence d'au moins un symptôme, prévenir le médecin référent
et isoler le patient en lui mettant un masque de soins si non fait à l'arrivée**

Pour toutes informations ou modifications à apporter à ce questionnaire, contacter covid-19@onco-na.fr
Version v1.0 du 28/03/2020 téléchargeable sur www.onco-nouvelle-aquitaine.fr et régulièrement actualisée selon les
signes cliniques du Covid-19 diffusés sur le site de la DGS (22/03/2020 Réf : 2020-INF-16)