

Aide au diagnostic et à la prise de décision d'orientation

L'interrogatoire/(télé) consultation a pour objectif de préciser :

- Les comorbidités du patient
- Les signes cliniques présentés
- Les signes de gravité
- L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques

Il doit permettre de définir la nécessité d'un recours aux soins : consultation physique en médecine générale (cabinet ou centre dédié), en consultation externe spécialisée ou transfert en hospitalisation ou d'une prise en charge à domicile avec surveillance.

Nom et Prénom du Patient

Nom du médecin

Date et heure

Comment vous sentez vous ? - 0 très mal à 10 très bien 0 9-10

Quel âge avez-vous ? < 70 > 70

1 - Antécédents du Patients

Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale; Non Oui

Insuffisance rénale chronique dialysée ; Non Oui

Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV Non Oui

Cirrhose ≥ stade B Non Oui

Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque Non Oui

Diabète insulino dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro-angiopathie) Non Oui

Immunodépression médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive Non Oui

Immunodépression : Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA < 200/mm3 Non Oui

Immunodépression : Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique hématopoïétique Non Oui

Immunodépression : Cancer en cours de traitement Non Oui

Obésité morbide IMC > 40 Non Oui

Grossesse au 3^{ème} trimestre Non Oui

2 - Les signes cliniques présentés et critère de gravité

Avez-vous de la température ? Non Oui

Avez-vous des frissons ? Non Oui

Avez-vous des courbatures ? Echelle : 0 non à 10 très intense Non 1 à 8 Intense

Avez-vous des maux de tête ? Echelle : 0 non à 10 très intense Non 1 à 8 Intense

Toussez-vous ? Non Un peu Beaucoup

Le nez coule-t-il ? Non Oui

Présentez-vous une perte d'odorat, de goût ? Non Oui

Crachez-vous ? – Si oui sale ou non Non Oui Oui sale

Avez-vous mal de gorge, ou autre signe pharyngé ? Non Oui

Êtes-vous gêné pour respirer ? Non Oui

Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ? Echelle : 0 non à 10 très intense Non 1 à 8 Intense

Êtes-vous essoufflé au repos ? Non Oui

Êtes-vous essoufflé à l'effort ? Effort léger/ Effort intense Non Léger Intense

Réaliser l'exercice « Comptez à voix haute d'une traite »
Notez le chiffre obtenu avant de reprendre l'inspiration 1 à 1 à 7 1 à 4

Avez-vous vomi ? Non Oui

Avez-vous la diarrhée ? Non Oui

Arrivez-vous à boire et manger correctement ? Non Oui

Altération de la conscience ? Non Oui

Déshydratation Non Oui

Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé Non Oui

3 - L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques pour maintien à domicile

Disponibilité d'un aidant pouvant, absence de personne fragile à domicile :
 Non Oui

- Quel est votre entourage au domicile ?
- Des personnes peuvent-elles vous aider ?
- Des personnes fragiles vivent-elles avec vous ?

Pouvez-vous mettre en place des mesures de protection (hygiène des mains) ? Non Oui

Avez-vous compris comment s'organisera votre prise en charge à domicile ? Non Oui

Est-ce que cela vous convient ? Non Oui

Avez-vous des questions ? Non Oui