

Formulaire pour la prise en soin d'un patient stable suspect d'une infection à SARS-CoV-2

Responsable du document : FJ, TD, JS, HS, BV, BS
Validé par FJ, JS, ES, HS

Type de document :
Protocole

Domaine :
Soins infirmiers, soins médico-délégués

Date de création :
27.02.2020

Date d'entrée en vigueur :
28.02.2020

Date de mise à jour :
21.05.2021

N° de version :
1.19

CENTRE DE TEST COVID-19

Date de la visite : _____

Langue parlée : français anglais arabe

espagnol autre : _____

A. Avez-vous des symptômes ?

oui

non

NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
Tél (natel)
E-mail

Numéro :

Test Ag HUG

POSITIF

NEGATIF

Si **non**, venez-vous faire une RT-PCR de contrôle après test Ag/auto test **POSITIF** : oui non

Si **oui**, date début des symptômes : _____

Nez qui coule/*Runny nose* mal de gorge/*sore throat* Mal de tête/*headache* Fatigue /*fatigue*

Douleurs musculaires/*muscular pain* Troubles de l'odorat ou du goût/*loss of smell or taste*

Toux sèche/*dry cough* Toux productive/*productive cough* Fièvre (anamnestique/objectivée)/*Fever*

Frissons/*chills* Symptômes digestifs (nausée/douleur abdominale/diarrhée/vomissement)/*abdominal symptoms*

Lésions cutanées/*rashes*

Autre : _____

Crachats rosés/*pink sputum*

Peine à respirer/*difficulty breathing*

Douleurs thoraciques/*thoracic pain*

Allergies :

Traitements habituels :

Etes-vous un proche aidant ou vivez-vous avec une personne immunosupprimée ? oui non

Etes-vous un soignant (hors HUG): oui non

B. CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ/facteurs de risque : (entourer une option sur plusieurs à choix entre parenthèse)

- Hypertension artérielle : oui non
- Maladie cardiovasculaire (ancien infarctus, angine de poitrine, attaque cérébrale, maladie des valves, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire) : oui non
- Maladie respiratoire (emphysème, bronchite chronique, asthme mal contrôlé) : oui non
- **Maladie hépatique (cirrhose) :** oui non
- Diabète : oui non
- Insuffisance rénale chronique : oui non
- Cancer actuel, y compris du sang : oui non
- Immunosuppression sévère (ex : VIH): oui non
- Tx immunosuppresseurs : oui non
- Hyperthyroïdie : oui non
- Hypothyroïdie : oui non
- Thrombose veineuse profonde/ Embolie pulmonaire : oui non
- **Trisomie 21 :** oui non

- Grossesse : oui non Poids : _____, taille en cm : _____

C. HABITUDES DE VIE :

- Tabagisme actif : oui non
- Vaccin grippe (mois et année : _____) oui non
- Patient SDF : oui non
- Foyer (migrants/refugiés) : oui non
- Résident EMS : oui non

Formulaire pour la prise en soin d'un patient stable suspect d'une infection à SARS-CoV-2

Responsable du document : FJ, TD, JS, HS, BV, BS
Validé par JS, ES, HS

Type de document :
Protocole

Domaine :
Soins infirmiers, soins médico-délégués

Date de création :
27.02.2020

Date d'entrée en vigueur :
28.02.2020

Date de mise à jour :
21.05.2021

N° de version :
1.19

D. EXPOSITION (lien épidémiologique) :

- Avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours ? *Have you travelled in the last 14 days?* oui non

Si oui :

Pays : _____, ville : _____ Nombre de jour : _____

- Avez-vous été en contact étroit avec un cas de covid-19 confirmé dans les 14 derniers jours ? *Have you been in close contact with a confirmed covid-19 case in the last 14 days?* Oui Non

Lieu : cercle familial travail fête privée discothèque/club bar/restaurant
lieux de soins (pe hôpital) école/crèche théâtre/concert manifestation plein air
Rassemblement spontané Etablissement médico-social (EMS)

Date de l'exposition : _____

- Avez-vous téléchargé l'application Swisscovid ? oui non
- Etiez-vous en quarantaine suite à un message de l'application Swisscovid ? oui non
- Etiez-vous en quarantaine sur demande du médecin cantonal en tant que contact étroit ? oui non
- Etes-vous résident de GENEVE ? oui non Si non, lieu de résidence : _____

E. VACCINATION (COVID) :

- Avez-vous été vacciné contre COVID-19 ? *Have you been vaccinated against COVID-19?* oui non

Si oui : Nom du vaccin : _____ Lieu : _____

Date: Dose 1 : _____ Dose 2 : _____

RT-PCR : oui non **Test rapide Ag :** oui non

Pour le patient : besoin d'une ordonnance ou d'un arrêt de travail ? oui non

F. PARAMETRES VITAUX / SIGNES CLINIQUES :

- Dyspnée (stridor, SDR) oui non
- Tachypnée (> 24/min) oui ... /min non
- Température (axillaire > 38,5°C) oui ... °C non
- Désaturation (< 94% AA) oui ... % non

Si OUI à l'un de ces signes/symptômes : contacter le médecin pour suite de prise en charge

G. ASPECTS ADMINISTRATIFS

COLLABORATEUR HUG : oui non

Service : _____

Si oui en contact avec patients : oui non

Commentaires :

Symptomatique RT-PCR (ASSURANCE MALADIE)

Envoyé par la DGS (SMS) ou reçu message Swisscovid (ASSURANCE MALADIE)

Asymptomatique (admin AVANT VOYAGE) RT-PCR (A FACTURER AU PATIENT)

Test Ag (toutes raisons) (ASSURANCE MALADIE)

H. Intervention du médecin (statut, complément d'anamnèse), transfert UUA/SU :