



**Imad - Direction du service des relations clientèles**

**Equipes Covidhome - Covimad**

Avenue Cardinal-Mermillod 36

CP 1731

1227 Carouge

[www.imad-ge.ch](http://www.imad-ge.ch)

**Télécopie**

**nombre pages** (y compris page de garde)

**Destinataire**

**Date**

**Concerne**

**Contact**

Madame, Monsieur,

Les équipes Covidhome et Covimad mandatées dans la prise en charge des patients Covid-19 positifs suivent Monsieur ou Madame / Nom / prénom pour une oxygénothérapie à domicile jusqu'à la fin du sevrage.

Sur la base du document « *CoviCare post-hosp : suivi lors du retour à domicile précoce et avec oxygène des patients hospitalisés pour un COVID-19* » édité par le groupe guideline COVID (HUG) et approuvé par l'AMG et **imad**, nous vous rappelons que les critères suivants doivent être remplis pour un retour à domicile sous oxygénothérapie d'une personne hospitalisée pour un COVID-19 :

- Après 10 jours depuis le début des symptômes ET
- Température < 38.3° stable depuis 24h, et absence d'état septique ou traitement antibiotique intraveineux ET
- **Besoins en O<sub>2</sub> ≤ 2L/min**, stables ou en baisse depuis 72h ET
- FR < 24/min depuis 24h ET
- Comorbidités stabilisées depuis 24h au moins et gérables en ambulatoire ET
- Réseau de soin ambulatoire disponible à assurer le suivi médico-soignant, avec possibilité d'évaluation médicale rapide en cas d'aggravation ET
- Absence de facteurs psychosociaux ou d'isolement social limitant la possibilité de faire appel au 144 en cas d'aggravation ET
- Si un retour sous oxygène à domicile est prévu, absence de comorbidités psychiatriques décompensées et de risques liés à un tabagisme actif (évaluation du risque avec l'équipe de pneumologie) ET
- Acceptation du patient et de ses proches-aidants.



Afin d'assurer le suivi de votre patient et d'adapter l'oxygénothérapie à l'évolution clinique de la situation nous vous prions de valider cette prise en charge selon les modalités proposées ci-dessus pour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je souhaite la mise en place de la procédure **imad** pour mon patient. Cette procédure de sevrage a été éditée par **imad** sur la base du document « *CoviCare post-hosp : suivi lors du retour à domicile précoce et avec oxygène des patients hospitalisés pour un COVID-19* » éditée par le groupe guideline COVID (HUG) et approuvé par l'AMG et **imad**.

<b>Evaluation de la fonction respiratoire</b>	<b>SpO<sub>2</sub> &gt; 96% ET FR &lt; 24/min</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↓ <b>de 1L/min</b> le débit d'O<sub>2</sub> au passage du <b>MATIN</b> exclusivement</li> <li>○ <b>Contrôle de la saturation</b> 15-20 minutes après et lors des passages suivants</li> </ul>
	<b>SpO<sub>2</sub> entre 92 et 96%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ne pas modifier le débit d'O<sub>2</sub>, contrôle aux passages suivants</li> </ul>
	 <b>SpO<sub>2</sub> entre 88 et 92% ET FR &lt; 24/min</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vérifier la qualité du signal et les conditions de mesure</li> <li>○ Si valeur confirmée, ↑ <b>débit d'O<sub>2</sub></b> par pallier de <b>0.5L/min</b></li> <li>○ <b>Aviser immédiatement le médecin référent</b>. En cas d'indisponibilité, aviser l'équipe Covicare 022/372.50.00 (11h-19h du lundi au vendredi) ou Genève Médecins (022/754.54.54)</li> </ul>
	<b>SpO<sub>2</sub> &lt; 88% OU SpO<sub>2</sub> &lt; 92% et FR &gt; 24/min</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↑ <b>le débit d'O<sub>2</sub> d'1L/min ET reconstrôler la saturation après 20 minutes.</b></li> <li>○ <b>Aviser immédiatement le médecin référent</b>. En cas d'indisponibilité contacter Genève- Médecins (022/754 54 54).</li> <li>○ <b>Si critère de gravité</b> clinique selon évaluation clinique infirmière (cf. <a href="#">Evaluation clinique infirmière spécifique</a>) <b>appel au 144</b></li> </ul>

Je désire une autre procédure adaptée à la situation clinique de mon patient, selon les modalités suivantes :

Valeurs cibles pour diminution d'O <sub>2</sub> :	SpO <sub>2</sub> : FR : Débit diminué de :      L/min
Valeurs cibles sans modification du débit O <sub>2</sub> :	SpO <sub>2</sub> :
Valeurs cibles pour augmentation d'O <sub>2</sub> :	SpO <sub>2</sub> : FR : Débit augmenté de :      L/min
Avertir le médecin dès que :	

Ce document fait office de prescription. Merci de bien vouloir nous le retourner complété et signé.

Date :

Nom (tampon) et signature du mandataire :