

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19

Tableau 1

Questionnaire initial type pour patient COVID-19 en (télé)-consultation pour orientation : aide au diagnostic et à la prise de décision d'orientation (domicile ou hospitalisation)

Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
1. Les comorbidités du patient		
Quel âge avez-vous ?	X	Si >70 ans
Avez-vous des antécédents ?	Non / Oui / Précisez <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ; • Insuffisance rénale chronique dialysée ; • Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ; • Cirrhose ≥ stade B ; • Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque ; • Diabète insulino-dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie) ; • Immunodépression ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ○ Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA < 200/mm³ ○ Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ○ Cancer métastasé • Obésité morbide IMC > 40 • Grossesse (par précaution) 	
2. Les signes cliniques présentés et critère de gravité		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense

Toussez-vous ?	Non/un peu / Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » ou non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Etes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Etes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Etes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger / A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite?	<i>*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*</i>	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
3. L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques pour maintien à domicile		
Quel est votre entourage au domicile ?	Oui / Non	/
Des personnes peuvent-elles vous aider ?	<i>Evaluer la disponibilité d'un aidant pouvant, absence de personne fragile à domicile (cf critère de co-morbidités)</i>	
Des personnes fragiles vivent-elles avec vous ?		
Pouvez-vous mettre en place des mesures de protection (hygiène des mains) ?	Oui / Non	/
	<i>Evaluer les possibilités de mise en place des mesures d'hygiène</i>	
Avez-vous compris comment s'organisera votre prise en charge à domicile ?	Oui / Non	/
Est-ce que cela vous convient ?	<i>Evaluer la compréhension / l'adhésion</i>	
Avez-vous des questions ?		
Aimeriez-vous être rappelé ?	Oui / Non	/

Tableau 2

Proposition de questionnaire suivi patient COVID-19 en téléconsultation

Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
Interroger sur comorbidités		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Toussez-vous ?	Non/un peu / Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » on non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Êtes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Êtes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Êtes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger / A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite?	<i>*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*</i>	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous pris du paracétamol depuis le dernier questionnaire ?	Oui / Non	/

	<i>Si oui, précisez l'heure de la 1ere prise/ déroulé. Si seconde prise, précisez l'heure de cette seconde prise/déroulé.</i>	
<i>Aimeriez-vous être rappelé ?</i>	Oui / Non	

Les réponses en rouge constituent des signes d'alerte