

**Identité du patient**

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : -----

**SURVEILLANCE DU : ----- au -----**Cabinet de soins libéraux :

PARAMETRES SURVEILLANCE	NOTES ATTENDUES	Le à	Le à	Le à	Le à	Le à	Le à	Le à
Température	X °C							
Frissons	Oui/Non							
Fréquence respiratoire	X /min							
SpO2	X %							
Toux	Oui/Non							
Expectorations	Oui/Non Aspect							
Pression artérielle	X/X mm HG							
Pouls	X /min							
Marbrures	Oui/Non							
Déshydratation	Oui/Non							
État de conscience	Description							
Troubles digestifs	Oui/Non (Diarrh, Constip°)							
Agueusie	Oui/Non							
Anosmie	Oui/Non							
Autres : .....	Description							
Signature IDEL/ Médecin								