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								