

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 » on 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 ? Des personnes peuvent-elles vous aider ? Des personnes fragiles vivent-elles avec vous ? | Oui / Non <i>Evaluer la disponibilité d'un aidant pouvant, absence de personne fragile à domicile (cf critère de co-morbidités)</i> | / |
| 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 ? Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions ? | Oui / Non <i>Evaluer la compréhension / l'adhésion</i> | / |
| Aimeriez-vous être rappelé ? | Oui / Non | / |