

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MUSTAPHA
CELLULE DE VEILLE COVID-19



FICHE HOSPITALISATION COVID-19 / SECTEUR MEDICAL

Cette fiche est destinée à tout patient COVID-19 hospitalisé

Dossier établi par

| |
|-----------------------------|
| Date d'entrée |
| Nom |
| Prénom |
| Age |
| Adresse |
| |
| |
| Contact nom et prénom |
| Tel |

| |
|---|
| <p>➤ Symptômes :</p> <p>1. Début des symptômes :</p> <p>2. Fièvre oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Toux oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Fatigue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3. Courbatures oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Mal à la gorge oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>4. Perte du gout oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> de l'odorat oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5. Autres</p> <p>.....</p> <p>6. Avez-vous un traitement en cours ? Corticoïdes <input type="checkbox"/> biothérapie <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>7. Avez-vous pris des Anti-inflammatoires non stéroïdiens oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui nom du médicament Quand</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>➤ Éléments épidémiologiques :</p> <p>1. Avez-vous voyagé récemment oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2. Si oui Etranger, quel pays ?</p> <p>3. Si oui à l'intérieur du pays préciser ville :</p> <p>4. Avez-vous été en contact avec une personne qui est rentrée au cours des 14 derniers jours de l'étranger oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5. Avez-vous été en contact avec une personne qui a récemment voyagé en Algérie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser zone oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6. Y a-t-il une personne de votre entourage ou avez-vous été en contact chez qui le diagnostic de COVID-19 a été établi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> |
|---|

| ➤ COMORBIDITES : | |
|--|--|
| Tabac | Non fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Ex fumeur <input type="checkbox"/>PA Si arrêt depuis..... |
| Personnes âgées de 70 ans et plus | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents cardiovasculaires | Hypertension artérielle compliquée <input type="checkbox"/> |
| | Antécédents d'AVC <input type="checkbox"/> |
| | Antécédents de coronaropathie <input type="checkbox"/> |
| | Chirurgie cardiaque <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> | |
| diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ; | <input type="checkbox"/> |
| pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ; | <input type="checkbox"/> |
| les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée | <input type="checkbox"/> |
| les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise , médicamenteuses : sous chimiothérapie immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive | <input type="checkbox"/> |
| infection à VIH non contrôlé avec des CD4 <200/mn ³ | <input type="checkbox"/> |
| greffe d'organe solide ou de cellules souche hématopoïétiques récente | <input type="checkbox"/> |
| atteint d'hémopathie maligne en cours de traitement, | <input type="checkbox"/> |

| ➤ SIGNES DE GRAVITE : | |
|---|--------------------------|
| Dyspnée | <input type="checkbox"/> |
| Cyanose | <input type="checkbox"/> |
| Tirage | <input type="checkbox"/> |
| Balancement thoraco-abdominal | <input type="checkbox"/> |
| SpO2 < 90% | <input type="checkbox"/> |
| Tachycardie ou bradycardie | <input type="checkbox"/> |
| Marbrures généralisées | <input type="checkbox"/> |
| Hypo TA ou hyper TA | <input type="checkbox"/> |
| Signes neurologiques : agitation, confusion, somnolence, coma | <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| Examen à l'admission : FR.....FC..... SpO2TA/..... Etat de conscience : normal <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> confusion <input type="checkbox"/> Malade autonome <input type="checkbox"/> besoin d'une aide <input type="checkbox"/> Appareil pleuro pulmonaire..... Appareil cardio-vasculaire..... Autres |
|---|

Décision :

➤ **SUIVI :**

| Date | conscience | Sp02 | FR | FC | TA | Autre | Décision |
|-------------|-------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------------|
| J0 | | | | | | | |
| J1 | | | | | | | |
| J3 | | | | | | | |
| J4 | | | | | | | |
| J5 | | | | | | | |
| J6 | | | | | | | |
| J7 | | | | | | | |
| J8 | | | | | | | |
| J9 | | | | | | | |
| J10 | | | | | | | |
| J11 | | | | | | | |
| J12 | | | | | | | |
| J13 | | | | | | | |
| J14 | | | | | | | |
| J15 | | | | | | | |
| J16 | | | | | | | |
| J17 | | | | | | | |
| J18 | | | | | | | |
| J19 | | | | | | | |
| J20 | | | | | | | |