

CONSIGNES D'AUTOSURVEILLANCE À DOMICILE DES PATIENTS SUSPECTS COVID 19



Pour le PATIENT



Pour toutes les autres personnes vivant sous le même toit

- **Ne quittez pas votre domicile.**
- **Respectez les consignes d'hygiène.** (cf : fiche conseils d'hygiène)
- En cas de contact avec des tiers, **portez toujours un masque ou un tissu** (à laver tous les jours) pour éviter de contaminer vos proches.
- Surveillez la **température** matin et soir et à chaque fois que vous vous sentez fiévreux.
- **Buvez** régulièrement de l'eau.
- **Arrêtez la ventilation pour les apnées du sommeil.**
- **Continuez vos traitements**, surtout les traitements inhalés prescrits pour l'asthme et la BPCO.
- **Pas d'automédication** surtout avec des anti-inflammatoires ou des corticoïdes.
- **Notez l'apparition de nouveaux signes** à rapporter plus tard au médecin traitant : diarrhée, douleurs abdominales, perte brutale de l'odorat ou du goût, écoulement nasal, toux, difficultés respiratoires, courbatures, douleurs oculaires, mal de tête...
- Notez l'apparition de **signes de gravité** qui nécessite de rappeler immédiatement le médecin traitant ou tout autre **médecin disponible** en ville (téléconsultation), à défaut, **faites le 15** : aggravation des difficultés respiratoires, sifflement, essoufflement important, respiration rapide, difficultés à parler, malaise, confusion, somnolence, lèvres bleues, extrémités froides.
- Reprenez contact avec votre médecin traitant ou tout autre **médecin disponible** 5 à 7 jours après le début des symptômes et 14 jours après si vous avez des signes respiratoires.
- **Aérez au maximum** la pièce dans laquelle vous vous trouvez.

- Surveillez la **température** matin et soir et à chaque fois que vous vous sentez fiévreux.
- Surveillez l'apparition de **signes respiratoires.**
- **Restez attentif à vos proches** tout en respectant les consignes d'hygiène (cf : fiche conseils d'hygiène).
- Évitez de sortir et préférez faire appel à la famille, des amis ou des voisins non malades pour **la livraison des repas sur le palier.**
- **Limitez les contacts avec la personne malade au strict minimum.**
- **N'invitez personne à la maison.**
- Consultez le médecin traitant ou tout autre **médecin disponible** en ville (téléconsultation) en cas d'apparition de symptômes, plutôt que d'aller tout de suite aux urgences.
- **En cas de signes de gravité**, appelez immédiatement le médecin traitant ou tout autre **médecin disponible** en ville (téléconsultation), à défaut, **faites le 15.**

Dans tous les cas

1. **Respectez les consignes**
2. **Aérez fréquemment l'intérieur**
3. **Gardez un contact** avec le monde extérieur à la maison : téléphonez à la famille, aux amis...
4. **N'hésitez pas à faire appel au médecin généraliste !**

En cas d'hospitalisation

N'oubliez pas de prendre avec vos affaires personnelles **votre téléphone portable ainsi que le cordon d'alimentation** afin de pouvoir communiquer avec les personnes extérieures car **les visites ne sont pas autorisées.**



Calendrier de suivi médical COVID 19 suspecté ou confirmé

Date de début du suivi : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Prendre votre température tous les jours, matin et soir, à l'aide d'un thermomètre réservé à votre strict usage personnel, et avant toute prise de paracétamol/doliprane, puis noter la date, l'heure de mesure et la température sur la fiche jointe, et utiliser la même méthode pour mesurer tous les jours votre température.

Mode de prise de température (frontale, buccale, oreille) :

Notez la température et les symptômes dans le tableau

Jour de suivi	Température		Fatigue intense	Difficultés respiratoires	Toux	Douleurs : musculaires articulaires	Signes ORL : perte goût odorat conjonctivite
	Matin	Soir					
1			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
11			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
12			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
13			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
14			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

