

# Ma tournée en période de COVID 19 à la date du .....

Nom du patient	Fragilité liée à l'âge	Fragilité liée à une comorbidité <sup>1</sup>	Fragilité liée à une pathologie pulmonaire préexistente <sup>2</sup>	Famille présente pouvant aider <sup>3</sup>	Certains soins réalisables par la famille	Lesquels ?	Famille informée, éduquée	Soins ne pouvant être réalisés que par l'IDEL	Décision finale
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Soins à distance <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Continuité des soins <sup>6</sup>
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins
	<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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Arrêt des soins <input type="checkbox"/> Soins à distance <input type="checkbox"/> Continuité des soins

<sup>1</sup> Maladie chronique hors pathologie pulmonaire (cancer, diabète, obésité,...), prise d'anti-inflammatoire (contexte de maladie rhumatoïde, douleur,...),...

<sup>2</sup> Asthme, BPCO, insuffisance pulmonaire,...

<sup>3</sup> A minima, installation et confort du patient, surveillance clinique simple (prise de température régulière, signalement toux sèche, ou autre symptôme douteux). La famille assure une surveillance à domicile et joue le rôle d'interface avec le cabinet infirmier.

<sup>4</sup> Le temps de l'épidémie en niveau d'alerte 3

<sup>5</sup> Suivi clinique téléphonique a minima, passage si besoin

<sup>6</sup> Tout ou partie des soins : diminuer le temps de présence au maximum