

NOM / PRÉNOM PATIENT-E : _____

Téléphone + mail pour vous joindre : _____

DATE DU RDV prévu / souhaité : _____

Case à cocher

PRÉSENTEZ-VOUS DES SYMPTÔMES ? LES PLUS COURANTS DU COVID_19 SONT :
FIÈVRE , TOUX, DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE
Si la réponse est positive - II FAUT ANNULER OU REPORTER LE RDV

ÊTES-VOUS DIABÉTIQUE AVEC UN RISQUE D'INFECTION ?

ÊTES-VOUS IMMUNO-DÉFICIENTS OU SUJET NEUROPHATIQUE ?

ÉVALUATION DE LA DOULEUR DE 0 à 10 pour les demandes URGENTES

0 PAS DE DOULEUR

2-3 SENSIBLE

5 EMBÊTANT

7-8 ÇA NE VA PAS = DOIT ÊTRE PRIS EN CHARGE

10 INSUPPORTABLE

NOUS PRENONS EN CHARGE LES PATIENTS SUR UNE VALEUR DE 7 à 10

RDV Confirmé

RDV Reporté

RDV Annulé

S/ liste à recontacter

Motifs de consultations C19 : Soin prioritaire = motifs de consultations

- Patients diabétiques et présentant un risque d'infection
- Patients immuno-déficients ou sujets neuropathiques qui présentent une plaie ou anomalie de la peau / ongles
- Patients avec des douleurs aiguës
- Soins en EMS et à domicile confirmé par un-e responsable

Pas d'urgence de manière générale sauf cas particulier pour les motifs suivants :

- mycose, verrue, examen clinique de performance, orthonyxie.

* * *