



# COVID-19 : Prise en charge client

## EVALUATION CLINIQUE INFIRMIERE

<p><b>1. Syndromes grippaux</b></p> <p>Les syndromes grippaux sont caractérisés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toux,</li> <li>- fièvre,</li> <li>- écoulement nasal,</li> <li>- fatigue,</li> <li>- parfois courbatures et maux de tête</li> </ul>
<p><b>2. Insuffisance respiratoire</b></p> <p>Sa traduction clinique est marqué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fatigue importante,</li> <li>- gêne respiratoire importante (dyspnée)</li> </ul> <p>Le client :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- est plus essoufflé que d'habitude,</li> <li>- respire plus vite (tachypnée),</li> <li>- peut avoir de la difficulté à parler,</li> <li>- perd l'appétit</li> <li>- ne se mobilise plus comme avant</li> </ul> <p>Il est recommandé de s'appuyer sur des signes objectifs pour les communiquer au médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise de température,</li> <li>- pression artérielle,</li> <li>- pouls (souvent augmenté)</li> <li>- saturation en O2.</li> </ul>
<p><b>3. Détresse respiratoire (urgence vitale --&gt; appel au 144)</b></p> <p>Elle est souvent accompagnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une respiration irrégulière parfois bruyante,</li> <li>- le pouls est clairement accéléré</li> </ul> <p>Le client :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- est angoissé voir prostré,</li> <li>- les lèvres sont cyanosées,</li> <li>- le manque d'oxygène est flagrant,</li> <li>- la saturation est basse (&lt; 90%)</li> </ul>

Signes et symptômes cliniques	oui	non
<b>Dyspnée</b>		
À l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirage muscles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stridor (bruit anormal émis à la respiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Essoufflement</b>		
À l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toux</b>		
sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
productive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odynodysphagie (douleur pharyngée ou œsophagienne lors de la déglutition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diarrhées</b>		
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité à se déplacer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelle douleur	Localisation :	EVS / EVA :
TA (mmHg)	Systolique :	Diastolique :
Pouls (/min)	Valeur :	
Régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sat à AA (%)	Valeur :	
Fréquence respiratoire	Valeur :	
Température (°C)	Valeur :	

**OUTIL D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES :**

<b>P</b>	Provoque/Pallie le symptôme	Qu'est-ce qui provoque /entraîne ou aggrave/augmente ou atténue/soulage votre malaise?
<b>Q</b>	Quantité/qualité du symptôme	Quelle est l'intensité de votre malaise sur une échelle de 0 à 10? Décrivez moi votre malaise, ce que vous ressentez
<b>R</b>	Région concernée/irradiation	Dans quel région ou à quel endroit se manifeste t-il/se situe t-il? Est-ce qu'il s'étend à d'autres endroits, si oui, où?
<b>S</b>	Signes et symptômes associés	Avez-vous éprouvez d'autres sensations inhabituels, signes, changements accompagnants votre malaise dominant?
<b>T</b>	Temps et intermittence	Depuis quand se manifeste t-il? Avec quelle fréquence? A quel moment apparait -il?
<b>U</b>	Understanding/compréhension	Quelle en est la cause, selon vous? Comment comprenez vous ce qui vous arrive?
<b>I</b>	Impacts	Comment et dans quelle mesure influence t-il vos activités?

<b>I</b>	<b>Identité:</b> je me présente et je présente le client	«je suis...» (prénom, nom, fonction, localisation) «je vous appelle au sujet de...» (prénom, nom, date de naissance, localisation)
<b>S</b>	<b>Situation:</b> je décris la situation actuelle	«car actuellement, il présente...» (motif de l'appel, signes cliniques, constantes vitales...)
<b>B</b>	<b>Background/antécédent histoire:</b> j'indique les antécédents utiles liés au contexte actuel	«le client est suivi par nous ...» (fréquence des prestations, motif et type d'encadrement Imad) «ses antécédents médicaux et ses allergies sont...» «le traitement en cours est...» (derniers résultats médicaux, traitement médicamenteux et non médicamenteux)
<b>A</b>	<b>Assessment/évaluation:</b> je formule mon évaluation de l'état actuel de la situation du client	«la situation actuelle est la suivante...» (données cliniques significatives de l'anamnèse, évolution actuelle ) «j'ai fait..., je pense que le problème est... je suis préoccupée car....»
<b>R</b>	<b>Recommandation Requête :</b> je formule ma demande d'avis, décisions, conduite à tenir	«je souhaiterais, que vous veniez voir le client...» «pouvez –vous m'indiquez ce que je dois faire....conduite à tenir durant les jours à venir et les surveillances attendues» «je vous propose d'augmenter nos passages...»

**OUTIL DE TRANSMISSION d'INFORMATIONS CLINIQUES :**