






Evaluation clinique infirmière spécifique

À réaliser lors de chaque prestation de prise de paramètres cliniques ou BEES,
et lors de tout changement de l'état de santé


Direction des opérations
Service des pratiques professionnelles
DSPP/RPP-ISC le 27.11.2020

Nom client :
Prénom :
Date de naissance :
Date du jour :
Date du premier test positif :

Grille d'évaluation des signes et symptômes cliniques de la COVID			oui	non	Valeurs
Client sous O ₂ 			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Débit : l/min
TA					mm Hg
Pouls	Régulier		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/min
	Filant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saturation en O ₂ 					%
Fréquence respiratoire 					/min
Température 					°C
Douleur (EVA)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EVA
Dyspnée	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 à la respiration)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essoufflement	A l'effort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Au repos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes grippaux	Toux	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"/>	
	Sensation de fièvre / frissons		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte de goût et/ou de l'odorat			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhées			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Signes de déshydratation (bouche sèche, pli cutané)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etat confusionnel 			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigue			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incapacité à se déplacer seul			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre symptôme (odynophagie, éruption cutanée, conjonctivite, autres)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Renseigner ces informations dans le dossier du client via :

- Les blocs COVID-19 / Suivi des paramètres cliniques du formulaire
- Les Observations Cliniques Structurées



Signaux d'alerte du risque de ré hospitalisation
(Sauf protocole spécifique)

T° > 38.3°C sous fébrifuge

Ou

Besoins en O₂ > 2l/min ou augmentation soudaine

Ou

FR > 20/min

Ou

Sat < 90% sous O₂ à 2l/min

Ou

Confusion

Données cliniques des niveaux de gravité de la symptomatologie respiratoire

Symptômes de l'insuffisance respiratoire (Appel au médecin)

Sa traduction clinique est marquée par :

- fatigue importante
- gêne respiratoire ressentie (dyspnée)

Le client présente un ou plusieurs des signes suivants :

- est plus essoufflé que d'habitude
- respire plus vite (tachypnée)
- peut avoir de la difficulté à parler
- perd l'appétit
- ne se mobilise plus comme avant

Il est recommandé de s'appuyer sur des signes objectifs pour les communiquer au médecin, en faisant référence à l'état de départ (évolution des signes):

- saturation en O₂
- fréquence respiratoire
- prise de température
- pression artérielle
- pouls

Détresse respiratoire (urgence vitale --> appel au 144)

Elle est souvent accompagnée :

- d'une respiration irrégulière parfois bruyante,
- le pouls est clairement accéléré

Le client :

- est angoissé voir prostré
- a les lèvres cyanosées
- ne peut quasiment plus parler
- la saturation est basse (< 90%)

Appel au médecin traitant

Si absent, appel au **144**

Evaluation des symptômes à l'aide du PQRSTUI

P	Provoque/Pallie le symptôme	Qu'est-ce qui provoque /entraîne ou aggrave/augmente ou atténue/soulage votre malaise?
Q	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
R	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?
S	Signes et symptômes associés	Avez-vous éprouvez d'autres sensations inhabituels, signes, changements accompagnants votre malaise dominant?
T	Temps et intermittence	Depuis quand se manifeste t-il? Avec quelle fréquence? A quel moment apparait -il?
U	Understanding/compréhension	Quelle en est la cause, selon vous? Comment comprenez vous ce qui vous arrive?
I	Impacts	Comment et dans quelle mesure influence t-il vos activités?

Transmission d'informations cliniques à l'aide de l'ISBAR

I	Identité: 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)
S	Situation: je décris la situation actuelle	«car actuellement, il présente...» (motif de l'appel, signes cliniques, constantes vitales...)
B	Background/antécédent histoire: 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)
A	Assessment/évaluation: 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....»
R	Recommandation Requête : 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...»