

COVID-19

Grille d'auto-surveillance

Cette grille est à remplir matin et soir. Appelez ou revoyez votre médecin traitant pour une réévaluation clinique toutes les 48 heures si vous avez un facteur de risque ou au 7^{ème} jour du début des symptômes si vous n'avez aucun facteur de risque. **En cas d'aggravation brutale de vos symptômes et/ou de difficulté respiratoire, contactez le 15.**

PARAMETRES SURVEILLANCE	NOTES ATTENDUES	Le	Le	Le	Le	Le	Le	Le
Température	X °C							
Pouls	X/min							
Tension artérielle	X / X mmHG							
Fréquence respiratoire	X /min							
Saturation en oxygène	X %							
Frissons	Oui / Non							
Toux	Oui / Non							
Expectorations	Oui / Non							
Durée de l'apnée	X secondes							
Perte de l'odorat	Oui / Non							
Perte du goût	Oui / Non							
Diarrhées ou vomissements	Oui / Non							
Courbatures	Oui / Non Note de 1 à 10 1 : aucune 10 : maximum							
Maux de tête	Oui / Non Note de 1 à 10							
Gêne respiratoire	Oui / Non Note de 1 à 10							
Autres :.....	Description							