

Matériel supplémentaire

Annexe A. Entretien social utilisé par Covisan 13-14-15 GUIDE D'ENTRETIEN

Date :/...../.....

Provenance du patient : Urgences Médecin généraliste Cas contact

Autres Préciser :

Si cas contact (préciser nom patient index source) :

Nom du médecin qui adresse le patient :

Enquêteur Covisan :

Préleveur Covisan :

En début d'entretien :

Se présenter : son nom, son prénom, sa fonction

Présenter l'objectif du dispositif : aider la personne à pratiquer un confinement et un isolement efficace, comprendre l'entourage du patient, faire comprendre les mesures barrières et leur application, les bonnes pratiques.

Nom du patient :

Prénoms du patient :

Numéro de sécurité sociale :

Sexe : F / M

Date de naissance :/...../.....

Adresse postale de résidence :

Adresse e-mail :

N° de téléphone : _____

Informations particulières (handicap, protection juridique, autres) :

N° de téléphone d'un proche de confiance : _____

Lien du proche de confiance :

Lieu de résidence actuelle : Hébergement individuel Hospitalisé

Résident en EHPAD Milieu carcéral

Autre structure d'hébergement collectif

Le patient est-il un professionnel intervenant dans le système de santé ?

Oui Non NSP

Symptômes : Toux Fièvre Courbatures Perte de goût/odorat

Problèmes digestifs Maux de tête

Autres :

Date des premiers symptômes : Jour Veille 2, 3, 4 jours avant

5, 6, 7 jours avant Entre 8 et 15 jours avant + de 2 sem. NSP

Étiez-vous en activité lors de l'apparition de vos premiers symptômes : Oui Non

Profession et adresse :

Accord du patient pour PCR : Oui Non Date PCR : _____

Le malade consent-il à participer à l'enquête Covisan qui suit ?

Oui Non

Si non, Fin de l'enquête.

Enquête Covisan

Informations relatives au patient	
Avez-vous des thermomètres chez vous ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous votre température ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Savez-vous le faire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà été testé pour la Covid-19 ? Si oui, quand et quels étaient les résultats ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Avez-vous été en contact avec une personne ayant eu les symptômes de la Covid-19 ? Si oui, dans quelles circonstances ? <i>Faire préciser les symptômes de la personne contact et date du contact</i>				
Informations relatives au foyer				
Combien de personnes habitent avec vous ? Comment se compose votre foyer (membres, liens de parenté) ?				
Nombre de pièces dans l'appartement (nombre de chambres, SDB)				
Qui fait les courses chez vous ?				
Seriez-vous d'accord pour une visite à domicile de dépistage de votre foyer (applicable que pour visite sur place si réponse est non, documenter la raison)				
CAS CONTACTS				
Noms des cas contacts Contact = contact pendant au moins 15 min à 1 m sans masque	Coordonnées téléphoniques	Lien	Date (quand)	Acceptez-vous que Covisan appelle vos contacts (oui/non/oui de manière anonyme)
À COMPLÉTER SI ISOLEMENT EN DEHORS DU FOYER NÉCESSAIRE ISOLEMENT NÉCESSAIRE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Acceptation du patient de l'hébergement temporaire proposé</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non pourquoi :				