

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Demande de télésurveillance de la saturation en oxygène (SpO₂) et de la fréquence cardiaque (bpm) pour les patients positifs au SARS-CoV-2



Période de surveillance du au (un maximum de 15 jours)

«Je déclare que le patient a donné son consentement pour le traitement de ses données personnelles à des fins de prescription et de télésurveillance»

A) INFORMATIONS GENERALES DU PATIENT (REPLIR TOUTES LES CHAMPS)

NOM _____ DATE DE NAISSANCE _____
PRÉNOM _____ SEXE M F
ADRESSE _____ N° TÉLÉPHONE _____
CP/LIEU _____ EMAIL _____
CAISSE MALADIE _____ N° ASSURE _____

INDIQUEZ LE(S) FACTEUR(S) DE RISQUE(S) DU PATIENT:

- Hypertension artérielle Maladies cardiovasculaires (veuillez préciser: _____)
- Diabète Maladies pulmonaires et respiratoires chroniques (veuillez préciser: _____)
- Maladies/traitements qui affaiblissent le système immunitaire (veuillez préciser: _____)
- Cancer Obésité Maladies hépatiques Maladies rénales Grossesse
- Autre (veuillez préciser: _____)

RISQUE ÉLEVÉ? OUI NON

OXYGÉNO-THERAPIE À DOMICILE? OUI NON SI OUI, COMBIEN l./min. _____

B) INFORMATIONS MEDECIN PRESCRIVANT LE MONITORAGE

NOM DU MEDECIN _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CABINET (obligatoire) _____

E-MAIL (obligatoire) _____

NUMÉRO NATEL _____

(optionnel si vous voulez être informé de l'état du patient, sinon la centrale 144 décidera de la prise en charge d'urgence)

CP / LIEU _____

C) PARAMÈTRES

Les paramètres d'alerte précoce correspondent aux valeurs normales selon le tableau N.E.W.S.2.

Au cas où le médecin désire établir d'autres valeurs seuils pour le déclenchement des alarmes, il les introduit dans le tableau à droite. Si ce tableau reste vide, le système appliquera les valeurs standardisées à gauche.

| | Consignes selon N.E.W.S. 2 | | | | Changements | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| | MIN | | MAX | | MIN | | MAX | |
| | Alerte rouge | Alerte jaune | Alerte rouge | Alerte jaune | Alerte rouge | Alerte jaune | Alerte rouge | |
| SpO ₂ (%) | 91 | 93 | - | - | | | - | - |
| FRÉQUENCE CARDIAQUE (bpm) | 40 | 50 | 120 | 130 | | | | |

Merci de cocher votre choix

| | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Fréquence des mesurations | <input type="radio"/> 1 fois par jour | <input type="radio"/> 2 fois par jour | <input type="radio"/> 3 fois par jour |
| Horaire | 12 h | 12 h - 18 h | 9 h – 12 h – 18 h |

Une fois que tous les champs sont complétés, merci d'imprimer, signer et l'envoyer par fax ou email.

Si vous préférez remplir à la main, vous pouvez l'imprimer vierge, le compléter et l'envoyer de la même façon.

Le matériel va être envoyé le plus rapidement possible par Poste directement à votre patient. Si vous pensez que votre patient ne sera pas capable de connecter le matériel tout seul, merci de contacter:

- Email: monitoring@hospithome.com
- Fax: 0041 (0) 91 9223509

Informations complémentaires (remarques)

Timbre et signature du médecin
(incl. N° RCC)