

Questionnaire de suivi à domicile des femmes enceintes COVID+

Nom – Prénom :

Date de l'interrogatoire :

Question	Réponse	Signe d'alerte
Comment vous sentez vous ?		Très mal
Quelle est votre température ?		$\leq 35,5 \text{ }^\circ\text{C}$ ou $\geq 38,5 \text{ }^\circ\text{C}$
Avez-vous des frissons ?		Oui
Avez-vous des maux de tête ?		Très intenses
Toussez-vous ?		Beaucoup
Crachez-vous ?		Crachats sales
Êtes-vous gêné pour respirer ?		Oui
Comptez à voix haute d'une traite. Noter chiffre atteint avant de reprendre l'inspiration.		Chiffre < 5
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?		Très intenses
Êtes-vous essoufflé au repos ?		Oui
Êtes-vous essoufflé à l'effort ?		À l'effort léger
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?		Non
Souhaitez-vous rester à la maison ?		Non
Avez-vous des contractions ?		Intenses, > 20 / jour, douloureuses
Avez-vous des pertes liquides ?		Oui
Avez-vous des saignements vaginaux ?		Oui
Est-ce que votre bébé bouge moins que d'habitude ?		Oui

Si au moins 1 signe d'alerte



Conseiller à la patiente de venir
consulter en urgence ou

