

DEMANDE SIMPLIFIEE D'ADMISSION EN HAD – PATIENTS COVID - 19Demande à envoyer à : covidHAD@chu-grenoble.frOu par fax en journée uniquement **en semaine** au 0476765633**DATE DE LA DEMANDE :****ENTOURAGE MEDICAL**

Nom du Médecin traitant ou coordonnateur d'EHPAD : Tel :

Equipe soignante/ IDE libérale : Tel :

Nom du Cadre Infirmier : Tél :

LE PATIENT**NOM :** Prénom : Né(e) le : Age :

Adresse :

Situation familiale : Téléphone contact domicile :

N° SS :

TABLEAU CLINIQUE**Patient identifié accompagnement palliatif exclusif : OUI NON**

COVID testé +		Courbatures		FR- Fréquence respi	
date J0 :		Asthénie		Saturation O2	
		Dyspnée		TA	
COVID suspecté		Céphalées		FC	
date test :		Confusion/ DTS		T° :	
				Glycémie si diabétique	

ELEMENTS DETERMINANT LE NIVEAU D'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

AGE		Insuffisance rénale-DFG	
GIR		Insuffisance cardiaque	
Troubles cognitifs		Insuffisance respiratoire -BPCO	
		Diabète	
		Obésité	

AUTRES COMMORBIDITES**TRAITEMENT DÉJÀ ENGAGE**