

Fiche de transfert patient COVID19 CONFIRME ou FORTEMENT SUSPECT (clinique + verre dépoli au scanner T)

Nom, Prénom patient

IPP :

Date de naissance :

Etablissement :

Service :

Médecin demandeur :

Tél :

Mail :

COVID19 :

- Confirmé ☐
- Suspicion ☐

Imagerie évocatrice :

Fréquence respiratoire :

Tension artérielle :

Fréquence cardiaque :

Saturation :

- Air ambiant
- Sous oxygène

Dose O2 (l/min) :

Autonomie :

Antécédents :

- Respi :
- Cardiaque :
- Métabolique
- BMI

Diagnostic :

Ce qui a été fait :

Service de destination :