

**DEMANDE SIMPLIFIEE D'ADMISSION EN HAD – PATIENTS COVID - 19**Demande à envoyer à : [covidHAD@chu-grenoble.fr](mailto:covidHAD@chu-grenoble.fr)Ou 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**