Fiche de suivi covid-19 à l'attention des médecins du Travail

A garder dans le dossier du salarié et à ne transmettre qu'en cas d'obligation réglementaire

Données consultation :

Médecin examinateur…….……Tel…….

Date examen ……Motif examen……..

Structure médicale :

Etablissement……

Adresses……

Contact……Tél…….....

Données Salarié

Nom et prénom : ……Date de naissance……

Adresse ……

……..

Numéro de téléphone : ……CIN°/MLE: ……

Personnes à contacter en cas de besoin :

Un proche ou un ami ……Tel : ……..……

Le Médecin traitant…… Tel ……

Autre information utile

……..……

Antécédents médicaux familiaux :

……..……

Antécédents médicaux personnels :

HTA, Diabète, Asthme, BPCO, Allergie, Coronaropathie, Insuffisance Cardiaque, Néoplasie, Insuffisance rénale, autres …….……

Antécédents Chirurgicaux personnels :

……..……

Traitement en cours

…….……

……

Habitudes personnelles : Tabagisme, alcool, autres …….…….

Données en rapport avec la COVID-19

Lieux de voyages hors du Maroc…….

Cas de COVID-19 diagnostiqués Familial, voisinage, professionnel.....……

Données cliniques

☐ Toux : Sèche, productive, paroxystique

……

☐ Ecoulement nasal, Anosmie,

……

☐ Fièvre ou sensation de fièvre.

……

☐ Dyspnée : Au repos, à l'effort modéré, à l'effort intense.

……

☐ Douleur, oppression ou gène thoracique,

……

☐ Douleur abdominale, Diarrhée, nausées, vomissements, perte du gout

……

☐ Céphalées,

……

☐ troubles visuels,

……

☐ Fatigue,

……

☐ Courbatures

……

☐ Autres signes :

……

Données Examen :

Etat général : Bon, altéré ……

T° / °C: ……Poids/Kg, ……Taille/Cm…….

Acuité Visuelle : OD , OG sans correction (……,……)OD , OG avec correction (……,……).

Glycomètre ou sucre urinaire……

PA/ mmhg (S,D)…(……,……) , FC/Bpm : …… ……FR/Cpm : ……

SpO2: ……..%. (si oxymètre existe)…….....

Autres signes……

Signé le Dr ……..infirmier ……