



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ÉTIQUETTE

**CONSULTATION MÉDICALE
MÉDECINE INTERNE
CLINIQUE DE COVID LONGUE (2^E LIGNE)**

Critères de référence de COVID longue (2 ^e ligne)		Cocher et remplir	OUI
1. Infection initiale COVID-19 confirmée ou très probable	Date du début : _____		<input type="checkbox"/>
2. Présence de signes et symptômes au-delà de 3 mois après l'infection initiale			<input type="checkbox"/>
3. Persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition ou qui n'existaient pas avant l'infection.			<input type="checkbox"/>
4. Le patient accepte d'être contacté par l'équipe d'évaluation de la clinique de maladies complexes et de se déplacer à la clinique du CHUM			<input type="checkbox"/>
5. Vous acceptez de faire le suivi comme médecin traitant ou le patient sera suivi par : MD traitant (No pratique) : _____			<input type="checkbox"/>

Signes et symptômes persistants depuis l'infection COVID-19	Cocher	OUI	NON
Généraux (fatigue incapacitante, fièvre, malaise post-effort, perte de poids qui continue)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiorespiratoires (palpitations, tachycardie, POTS, dyspnée, toux, douleur thoracique)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro-intestinaux (douleur abdominale, nausée, diarrhée, inappétence)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL (trouble du goût, trouble de l'odorat, acouphènes, vertiges)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologiques (brouillard mental, céphalée, trouble de la mémoire ou de la concentration)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculosquelettiques (myalgies, arthralgies, faiblesse musculaire, crampes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologiques (éruption cutanée, perte de cheveux)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, trouble de stress post-traumatique)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres symptômes : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventions et consultations depuis l'Infection COVID-19 Cocher ou remplir	Terminé (date)	En cours (suivi)	En attente	NON
Clinique de COVID-longue 1 ^e ligne : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologue : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consultations médicales depuis l'infection COVID-19 Cocher ou remplir	Terminé (date)	En cours (suivi)	En attente	NON
Spécialité 1 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialité 2 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialité 3 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialité 4 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialité 5 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialité 6 : _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si un rapport de consultation est disponible, veuillez svp le mettre en annexe à ce formulaire

Impact de la maladie	Cocher la / les bonnes options
Incapacité importante (AVD/AVQ) avec aide permanente	<input type="checkbox"/>
Incapacité importante (AVD/AVQ) sans besoin d'aide permanente	<input type="checkbox"/>
Incapacité uniquement aux AVD (ménage, repas, lessive, épicerie, téléphone, transport, finance)	<input type="checkbox"/>
Capable AVD/AVQ mais incapable de faire loisirs, activités sociales régulières	<input type="checkbox"/>
Incapacité totale de travailler	Depuis : _____ <input type="checkbox"/>
Incapacité partielle de travailler (retour progressif, temps partiel)	Depuis : _____ <input type="checkbox"/>
Bénéficie d'une assurance invalidité (personnelle ou CNESST)	Depuis : _____ <input type="checkbox"/>
Pas d'incapacité (travaille et participe aux AVD comme avant)	Depuis : _____ <input type="checkbox"/>

Commentaires additionnels :

Nom du requérant :	Signature :	No pratique :	Date :
--------------------	-------------	---------------	--------

À acheminer par courriel : point-de-chute.chum@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur 514-412-7000