

Dossier CHUM :

Nom :

Prénom :

RAMQ :

Téléphone :

**Formulaire de référence** pour une consultation à la

Clinique d’encéphalomyélite myalgique/syndrome de
fatigue chronique.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Critères de référence | Cocher et remplir | OUI |
| 1. Fatigue incapacitante de plus de 6 mois
 | Date du début approx. : |  |
| 1. Persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. Vous acceptez de faire le suivi comme médecin traitant ou le patient sera suivi par :

MD traitant (No pratique) : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signes et symptômes persistants | Cocher | OUI | NON |
| Trouble du sommeil (insomnie, asthénie dès le lever, hypersomnie, impatience des m inf.) |  |  |
| Malaise post-effort (exacerbation des symptômes plus de 24h post-exercice) |  |  |
| Douleur (diffuse ou localisée comme myalgie, arthralgie, céphalée, mal de gorge) |  |  |
| Neurologiques (brouillard mental, trouble de la mémoire ou de la concentration, intolérance au bruit et/ou la lumière, difficulté dans le multitâche, trouble du langage) |  |  |
| Intolérance orthostatique (palpitations, tachycardie, POTS, hypotension) |  |  |
| Gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, colon irritable, nausée, inappétence) |  |  |
| Génito-urinaire (pollakiurie, vessie irritable) |  |  |
| Généraux (fièvre, sudation anormale, intolérance au chaud et froid, perte de poids) |  |  |
| Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, trouble de stress post-traumatique) |  |  |
| Autres symptômes : |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Investigations réalisées (les plus récentes) | Cocher ou remplir | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| Bilan sanguin de base incluant FSC, créatinine, Na, K, Ca, glucose, albumine, TSH, ALT, ph. alc., CRP, ferritine, CK, analyse d’urine |  |  |  |  |
| Autres analyses : |  |  |  |  |
| Imagerie cérébrale : |  |  |  |  |
| Imagerie thoracique : |  |  |  |  |
| Imagerie abdominale : |  |  |  |  |
| Autre imagerie : |  |  |  |  |
| Autre test : |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consultations réalisées (les plus récentes) | Cocher ou remplir | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| Clinique du sommeil : |  |  |  |  |
| Clinique de la douleur : |  |  |  |  |
| Ergothérapie : |  |  |  |  |
| Physiothérapie : |  |  |  |  |
| Psychologie : |  |  |  |  |
| Nutrition : |  |  |  |  |
| Spécialité(s) médicale(s) : |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Autre(s) professionnel(s) : |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 totale (AVD/AVQ) avec aide permanente |  |
| Incapacité importante (AVD/AVQ) sans besoin d’aide permanente |  |
| Incapacité uniquement aux AVD (ménage, repas, lessive, épicerie, téléphone, transport, finance) |  |
| Déplacement difficile (chaise roulante, aide technique comme déambulateur) |  |
| Incapacité totale de travailler | Depuis :  |  |
| Incapacité partielle de travailler (retour progressif, temps partiel) | Depuis : |  |
| Bénéficie d’une assurance invalidité (personnelle ou CNESST) | Depuis : |  |

|  |
| --- |
| Commentaires additionnels : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom :  | Signature : | No pratique : | Date : |