

Dossier CHUM :

Nom :

Prénom :

RAMQ :

Téléphone :

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

Clinique de COVID-longue (2e ligne).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Critères de référence de COVID-longue (2e ligne) | | Cocher et remplir | OUI |
| 1. Infection initiale COVID-19 confirmée ou très probable | Date du début : | |  |
| 1. Présence de signes et symptômes au-delà de **3 mois** après l’infection initiale | | |  |
| 1. Persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition ou qui n’existaient pas avant l’infection. | | |  |
| 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 persistant depuis l’infection COVID-19 | Cocher | OUI | NON |
| Généraux (fatigue incapacitante, fièvre, malaise post-effort, perte de poids qui continue) | |  |  |
| Cardiorespiratoires (palpitations, tachycardie, POTS, dyspnée, toux, douleur thoracique) | |  |  |
| Gastro-intestinaux (douleur abdominale, nausée, diarrhée, inappétence) | |  |  |
| ORL (trouble du goût, trouble de l’odorat, acouphènes, vertiges) | |  |  |
| Neurologiques (brouillard mental, céphalée, trouble de la mémoire ou de la concentration) | |  |  |
| Musculosquelettiques (myalgies, arthralgies, faiblesse musculaire, crampes) | |  |  |
| Dermatologiques (éruption cutanée, perte de cheveux) | |  |  |
| Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, trouble de stress post-traumatique) | |  |  |
| Autres symptômes : | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventions et consultations depuis l’infection COVID-19 | Cocher ou remplir | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| Clinique de COVID-longue 1e ligne : | |  |  |  |  |
| Physiothérapie : | |  |  |  |  |
| Ergothérapie : | |  |  |  |  |
| Kinésiologie : | |  |  |  |  |
| Thérapie de groupe : | |  |  |  |  |
| Psychologue : | |  |  |  |  |
| Neuropsychologue : | |  |  |  |  |
| Nutrition : | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consultations médicales depuis l’infection COVID-19 | Cocher ou remplir | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| MD/spécialité 1 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 2 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 3 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 4 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 5 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 6 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 7 : | |  |  |  |  |
| MD/spécialité 8 : | |  |  |  |  |
| 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 | | |  |
| Incapacité importante (AVD/AVQ) sans besoin d’aide permanente | | |  |
| Incapacité uniquement aux AVD (ménage, repas, lessive, épicerie, téléphone, transport, finance) | | |  |
| Incapacité totale de travailler | Depuis : | |  |
| Incapacité partielle de travailler (retour progressif, temps partiel) | Depuis : | |  |
| Bénéficie d’une assurance invalidité (personnelle ou CNESST) | Depuis : | |  |
| Pas d’incapacité (travaille et participe aux AVD comme avant) | Depuis : | |  |

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

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