



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ÉTIQUETTE

CONSULTATION MÉDICALE

ACCUEIL CLINIQUE

CLINIQUE D'ENCÉPHALOMYÉLITE MYALGIQUE ET SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE

Critères de référence		Cocher et remplir	OUI
1. Fatigue incapacitante de plus de 6 mois	Date du début approximatif : _____		☐
2. Persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition			☐
3. 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			☐
4. 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 membres inférieurs)	☐	☐	☐
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 (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome), hypotension)	☐	☐	☐
Gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, côlon 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 alcaline, protéine C réactive, 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)	☐
Capable AVD/AVQ mais incapable de faire loisirs, activités sociales régulières	☐
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 du requérant :	Signature :	No pratique :	Date :
--------------------	-------------	---------------	--------

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