

Formulaire de référence

Clinique de réadaptation COVID longue

[Outil d'aide à la prise en charge : Affections post-COVID-19
\(insss.qc.ca\)](https://insss.qc.ca)

| | |
|--|---------------|
| Nom et prénom de l'utilisateur : | DDN : |
| RAMQ : | Téléphone : |
| Adresse : | Code postal : |
| Adresse courriel : | |
| Langue de préférence pour les ateliers et suivis : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> | |

| Critères de référence -1 ^{ère} ligne (doit répondre aux 5 pour être admissible) | | Cocher et remplir | OUI |
|--|-----------------------|-------------------|-----|
| 1. Infection par le SRAS-Cov-2 initiale confirmée ou plausible; | Date du début : _____ | | |
| 2. Être âgé d'au moins 18 ans ; | | | |
| 3. Présence de manifestations cliniques au-delà de 12 semaines après l'infection initiale; | | | |
| 4. Présence de manifestations cliniques qui ne peuvent pas être expliquées par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection. | | | |
| 5. L'utilisateur est informé que le service est offert uniquement à l'aide des modalités de télésanté et accepte que la clinique de réadaptation COVID longue le contacte. | | | |

| Manifestations cliniques persistantes attribuables à la COVID longue | Cocher | OUI | Priorité |
|---|--------|-----|----------|
| Malaises post-effort | | | C |
| Perte de poids (non explicable par d'autres causes) | | | D |
| Intolérance orthostatique (prouvée ou suspectée) | | | C |
| Dyspnée à l'effort sans désaturation | | | D |
| Dyspnée à l'effort avec désaturation | | | C |
| Psychologiques* : symptômes anxieux ou dépressifs, symptômes de stress post-traumatique AVEC idées suicidaires** <i>*apparition ou exacerbation par la COVID-longue</i> <i>** le médecin/IPS référent est responsable de la gestion de la crise suicidaire</i> | | | C |
| Psychologiques* : symptômes anxieux ou dépressifs, symptômes de stress post-traumatique SANS idées suicidaires <i>*apparition ou exacerbation par la COVID-longue</i> | | | E |
| <u>Autres manifestations</u> : Fatigue incapacitante, difficultés cognitives (brouillard cérébral), céphalée, symptômes cardiorespiratoires, gastro-intestinaux, ORL, musculosquelettiques, dermatologiques. Précisez : _____ _____ _____ _____ _____ | | | |

| Impact fonctionnel de la maladie | | Cocher la/ les bonnes options | | | Priorité | |
|---|----------------|----------------------------------|----------------|------------------|------------|-----|
| Incapacité importante avec limitations sévères (AVQ/AVD) usager qui requiert aide <u>OU</u> | | | | | C | |
| Incapacité importante (AVQ/AVD) causant une réduction ou un évitement de certaines tâches quotidiennes mais ne requiert pas d'aide <u>OU</u> | | | | | D | |
| Pas d'incapacité ou limitations ayant peu d'impact dans la vie de tous les jours (travaille et participe aux AVD comme avant) | | | | | E | |
| Incapacité totale à travailler | Depuis : _____ | | | | C | |
| Incapacité partielle à travailler (<i>retour progressif, temps partiel</i>) | Depuis : _____ | | | | D | |
| Consultations médicales depuis l'infection COVID-19 | | <small>Cocher ou remplir</small> | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| MD/spécialité : | | | | | | |
| MD/spécialité : | | | | | | |
| MD/spécialité : | | | | | | |
| MD/spécialité : | | | | | | |
| Consultations professionnelles depuis l'infection COVID-19 | | <small>Cocher ou remplir</small> | Terminé (date) | En cours (suivi) | En attente | NON |
| Nom/profession : | | | | | | |
| Nom/profession : | | | | | | |
| Nom/profession : | | | | | | |

Veillez inclure les rapports de consultations ou notes pertinentes dans l'envoi. Acheminer via courriel à l'adresse suivante : 07.readaptation_physique_DSMC@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone: 819-966-6688

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

| Identification du médecin ou IPS référent | | | |
|---|--|-------------|--------|
| Nom du médecin ou IPS référent : | No permis : | Signature : | Date : |
| Numéro téléphone : | Point de service : | | |
| Adresse courriel de la clinique: | | | |
| Nom du médecin de famille ou IPS (si différent du référent) : | Point de service du médecin de famille ou IPS (si différent du référent) : | Date : | |