



NOM :

PRÉNOM :

NAM :

D D N :
(AAAA-MM-JJ)

PÈRE :

MÈRE :

RÉFÉRENCE CLINIQUE COVID LONGUE

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE (DOIT RÉPONDRE AUX 5 POUR ÊTRE ADMISSIBLE) :		
1. Infection par le SRAS-Cov-2 initiale confirmée ou plausible;	Date du début :	<input type="checkbox"/>
2. Être âgé d'au moins 18 ans;		<input type="checkbox"/>
3. Présence de manifestations cliniques au-delà de 12 semaines après l'infection initiale;		<input type="checkbox"/>
4. Présence de manifestations cliniques qui ne peuvent pas être expliquées par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection;		<input type="checkbox"/>
5. L'usager 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.		<input type="checkbox"/>
SIGNES ET SYMPTÔMES PERSISTANTS		
Généraux (Fatigue incapacitante et soutenue, fièvre, malaises post-efforts, etc.)		<input type="checkbox"/>
Cardiorespiratoires (arythmie, palpitations, dyspnée, toux, douleur thoracique, etc.)		<input type="checkbox"/>
Dermatologiques (éruptions cutanées, perte de cheveux, etc.)		<input type="checkbox"/>
Gastro-intestinaux (douleurs abdominales, nausées, diarrhée, baisse ou perte d'appétit, etc.)		<input type="checkbox"/>
Musculosquelettiques (douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires, etc.)		<input type="checkbox"/>
Neurologiques (brouillard mental, céphalée, troubles de mémoire ou concentration, etc.)		<input type="checkbox"/>
ORL (troubles du goût ou odorat, acouphène, vertiges, etc.)		<input type="checkbox"/>
Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, ESPT, etc.)		<input type="checkbox"/>
NIVEAU DE FONCTIONNEMENT ACTUEL (COCHEZ UN SEUL NIVEAU)		
1. Est sévèrement limité(e) au quotidien. Incapacité à prendre soin de soi, donc dépendant(e) de soins infirmier(e)s et/ou d'une tierce personne en raison des symptômes de la maladie, de douleurs de signes d'anxiété ou de dépression.		<input type="checkbox"/>
2. Est limité(e) dans la vie quotidienne. Ne peut pas réaliser les tâches et/ou activités habituelles en lien avec des symptômes de la maladie, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Peut cependant prendre soin de soi-même sans aucune aide. Peut faire ses AVQ sans aide. Nécessite de l'aide aux AVD.		<input type="checkbox"/>
La personne est-elle en incapacité au travail (Arrêt de travail complet)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Est limité(e) dans la vie de tous les jours. Doit éviter ou réduire certaines activités/tâches quotidiennes. Est obligé(e) de les répartir sur des périodes de temps plus longues en raison de symptômes de la maladie, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression. Peut cependant réaliser toutes les AVQ/AVD avec adaptations.		<input type="checkbox"/>
4. Est limité(e) de façon négligeable dans la vie de tous les jours. Peut réaliser toutes les tâches/activités habituelles, bien que persistent des symptômes de la maladie, des douleurs des signes d'anxiété ou de dépression		<input type="checkbox"/>

<i>Adresse courriel de l'utilisateur :</i>		<i>No téléphone de l'utilisateur :</i>	
Nom du référent		Nom de la clinique médicale	
Signature		Numéro de téléphone	
Date		Priorité :	
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DE LA CLINIQUE COVID LONGUE		Priorité :	
Télécopieur : 418-541-0248 Téléphone : 418-695-7700 p. 302980 Courriel : 02.ciuss.clinique-covid-longue@ssss.gouv.qc.ca			

REG1270 (2024-03-05) DITSADP/CB

RÉFÉRENCE CLINIQUE COVID LONGUE

Dossier usager
D.I.C.: 3-4-4