



LN2840

- CHDL
 HPLG
 CLSC-Nord
 CLSC-Sud
- HEB-Nord
 HEB-Sud
 CR

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____

Date de naissance * N° de dossier *

Année Mois Jour

Nom à la naissance *

Prénom *

N° d'assurance maladie

Adresse

Ville

Code postal

N° de téléphone

Nom de la mère

Nom du père

Les éléments marqués d'une étoile () sont obligatoires

RÉFÉRENCE COVID LONGUE - CCCC

Section à l'usage unique de la clinique cas complexes et chroniques (CCCC)

Charte des codes de priorité de prise en charge :

C : < 28 jours D : < 3 mois E : < 12 mois

Code de priorité attribué :

Critère de référence

L'utilisateur doit répondre aux 6 critères pour être admissible, veuillez cocher si l'utilisateur répond

1. Infection Covid-19 initiale confirmée ou plausible.
2. Être âgé de plus de 18 ans.
3. Présence de manifestations cliniques au-delà de 3 mois 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 accepte d'être contacté par l'équipe de la clinique de cas complexes et chroniques et de se déplacer à la clinique.
6. Le suivi sera effectué par le référent en collaboration avec la Clinique de cas complexes chroniques (les usagers sans médecin de famille seront référés au GAP, au besoin)

Nom du référent en lettres moulées

No de pratique

No de téléphone

Date du test / Début des symptômes	À cocher Si applicable	Date de passation du test (aaaa-mm-jj)
Test PCR	<input type="checkbox"/>	
Auto-test (maison)	<input type="checkbox"/>	

Dates des épisodes de Covid-19 subséquents au 1er test Date 1 : _____ Date 2 : _____
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

Signes et symptômes persistants depuis l'infection initiale à la COVID-19	Oui	Non	Code
SYSTÉMIQUE GÉNÉRAL : Fatigue, sueurs nocturnes, fièvre, frisson, trouble du sommeil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
SYSTÉMIQUE INVALIDANT : Malaise post-effort, POTS, dysautonomie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
TROUBLES NEUROCOGNITIFS : Mal de tête, sensations diminuées, picotements, brouillard mental : perte de mémoire, difficulté de concentration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
ORL : Perte de goût ou d'odorat, acouphène, vertige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
DERMATOLOGIQUES : Éruption cutanée, perte de cheveux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
SANTÉ MENTALE : Trouble anxieux ou dépressif (sans idées suicidaires).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
SANTÉ MENTALE : Trouble anxieux ou dépressif avec idées suicidaire (avec ou sans plan). *Référez au travailleur social du GMF ou Info-Social pour prise en charge immédiate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
CARDIO-PULMONAIRE : Essoufflement, douleur thoracique, tachycardie, bradycardie, bloc AV premier degré, perte de conscience, pré-syncope.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
VOIES RESPIRATOIRES : Mal de gorge, altération de la voix, congestion nasale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

Nom :

Prénom :

Dossier :

Signes et symptômes persistants depuis l'infection initiale à la COVID-19 (suite)	Oui	Non	Code	
<i>GASTRO-INTESTINAL</i> : Nausées ou vomissements, manque d'appétit, gain ou perte de poids, diarrhée, douleur abdominale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	
<i>SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE</i> : Douleurs musculaires et/ou articulaires, mobilité réduite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	
Autres diagnostics, informations ou symptômes pertinents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Impact fonctionnel sur le quotidien	Oui	Non	Code	
Impact négligeable dans la vie de tous les jours. Réalise ses tâches/activités habituelles, bien que persistent des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	
Patient doit éviter ou réduire certaines activités/tâches quotidiennes, ou alors les répartir sur des périodes plus longues en raison de symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant réaliser toutes ses activités quotidiennes sans aucune aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	
Patient ne peut pas réaliser les tâches et/ou activités habituelles en lien avec des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant prendre soin de lui-même sans aucune aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	
Patient avec limitations sévères au quotidien, incapacité d'être seul et de prendre soin de lui, dépendant de soins infirmiers et/ou d'une tierce personne en raison de ses symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	
<i>* Par exemple : Fatigue et/ou malaise post-exercice, troubles neurocognitifs (mémoire, concentration, attention, tâches exécutives)</i>				
Impact fonctionnel sur le travail	Oui	Non	Code	
Incapacité totale de travailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	
Incapacité partielle de travailler (retour progressif, temps partiel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	
Aucune incapacité (travaille et participe aux AVD comme avant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	
Bénéficie d'une assurance invalidité (personnelle ou CNESST).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A	
Interventions et consultations depuis COVID-19 <i>Cocher et/ou remplir</i>	Date de fin (aaaa-mm-jj)	En cours (suivi)	En attente	Non
Clinique de COVID longue 1ère ligne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultations médicales depuis COVID-19 <i>Cocher et/ou remplir</i>	Date de fin (aaaa-mm-jj)	En cours (suivi)	En attente	Non
Cardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature	Nom en lettres moulées			
Titre et no permis	Date (aaaa-mm-jj)			

LN2840 (2024-11-14)

RÉFÉRENCE COVID LONGUE - CCCC

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-4
Page 2 de 2