

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