



Dossier (CMSSC): 999999

Nom: MEDETEROIJENNE, MITISSE
RAMQ: MEDM50510111 **Date exp.:** 2028-03
Mère: NOM MAMAN, PRENOM MAMAN **Sexe:** F
Père: NOM PAPA, PRENOM PAPA
Adresse: NOUVELLE ADRESSE
 INCONNU, QC
 X0X 0X0 **Tel:** 418 999-9999
Naissance: 1990-05-01 (32 ans)
Cham./Lit: **No.Episode:**
Date éven.: 2023-04-03

SERVICE DE SOUTIEN AUX PERSONNES ATTEINTES DE COVID LONGUE

SVP, acheminer par courriel à aaor.regional.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 418 727-4507

Référence au gestionnaire de cas COVID longue si les 4 critères suivant sont rencontrés



1. Infection initiale confirmée ou suspectée	Date de début : _____	<input type="checkbox"/>
2. Présence de signes et symptômes au-delà de 4 semaines après l'infection initiale		<input type="checkbox"/>
3. Persistance de signes et de symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection.		<input type="checkbox"/>
4. L'utilisateur accepte qu'un intervenant le contacte afin de lui offrir un support à l'autogestion de ses symptômes		<input type="checkbox"/>

SIGNES ET SYMPTÔMES :

Symptômes persistants

	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Généraux (Fatigue incapacitante et soutenue, fièvre, malaises post-effort, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiorespiratoires (arythmie, palpitations, dyspnée, toux, douleur thoracique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologiques (éruptions cutanées, perte de cheveux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro-intestinaux (douleurs abdominales, nausées, diarrhée, baisse ou perte d'appétit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculosquelettiques (douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologiques (brouillard mental, céphalée, troubles de mémoire ou de la concentration, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorhinolaryngologiques (troubles du goût ou de l'odorat, acouphènes, vertiges, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, trouble de stress posttraumatique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres symptômes persistants :

L'utilisateur a également été référé à d'autres services en lien avec les symptômes persistants observés.

Précisez : _____

J'ai remis le feuillet explicatif quant au service de soutien aux personnes atteintes de COVID longue et je me suis assuré que l'utilisateur accepte d'être joint par une personne à cet effet.

Commentaires : _____

SIGNATURE : _____ N° PRATIQUE : _____ DATE (A-M-J) : _____