|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Installation : | Inscrire l'installation | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Dossier : |  |  | | | | | | | Nom, Prénom : |  | | | | | | | | Date de naissance : |  | | | | F  M | | | | aaaa-mm-jj | | | | | | | | | NAM : |  | | | Exp. | | |  | |  |  | |  | | | aaaa-mm | |  |  |  | | --- | --- | | Nom, prénom de la mère : |  | |
| **DEMANDE DE SERVICE  RÉADAPTATION CO-VIE** |  |

Veuillez remplir cette demande et la faire parvenir à l’adresse suivante : [readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](https://msss365.sharepoint.com/teams/CISSSMO-CISSSMO-DSMREU-RadaptationCOVID-TM/Shared%20Documents/General/Outils%20cliniques%20et%20fiches/Outils%20cliniques%20équipe%20INTER/Gabarits/readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification de l’usager** | | |
| **Nom :** Inscrire le nom | **Prénom :** Inscrire le prénom | **Date de naissance :** |
| **Sexe :**  Féminin  Masculin | **Numéro d’assurance maladie :** Inscrire le numéro d'assurance maladie | **Date d’expiration :** Inscrire la date d'expiration |
| **Nom, prénom de la mère à la naissance :** Inscrire le nom, prénom de la mère à la naissance | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées** | | | | | | | |
| **Adresse :**  Inscrire l'adresse (Numéro civique et rue) | | | **app. :**  Numéro | **Ville :**  Inscrire la ville | | | **Code postal :**  Inscrire le code postal |
| **Téléphone principal de l’usager :** Inscrire le numéro de téléphone | | | | **Téléphone au travail de l’usager :**  Inscrire le numéro de téléphone | | | |
| **Courriel :** Inscrire l'adresse courriel | | | | | | | |
| **Occupation :** | Travailleur | Étudiant | Retraité | | Sécurité du revenu | **Autre :** | |
| **Langue de communication :** | | Français | | | Anglais | | |
| **Modes de communication possibles :** | | | Téléphone | | Courriel | Appel vidéo (téléréadaptation) | |

| **Histoire de la maladie (phase aigüe)** | | |
| --- | --- | --- |
| **Moment de l’infection à la COVID-19** | | **Sévérité des symptômes** |
| Date de l’apparition des symptômes : |  | Asymptomatique |
| Date du dépistage positif à la COVID-19 : |  | Symptômes |
| Nombre de jours post-COVID : |  | Hospitalisation requise  Soins intensifs |

| **Symptômes actuels** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Vous êtes-vous complètement rétabli(e) ou êtes-vous toujours préoccupé par les symptômes | Symptômes  Complètement rétabli | | |
| 2. | Êtes-vous plus essoufflé(e) maintenant qu’avant avoir eu la COVID-19? | Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? | | |
| Pensez-vous que vous êtes sur le chemin du retour à la pleine forme? | | |
| 3. | Vous sentez-vous plus fatigué(e) (épuisé(e) / manque d’énergie ou de zeste) par rapport à votre état pré‑COVID? | Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? | | |
| Pensez-vous que vous êtes sur le chemin du retour à la pleine forme? | | |
| 4. | Avez-vous de la toux (toux différente de ce que vous pouviez avoir avant la COVID-19)? | | Oui | Non |
| 5. | Avez-vous des palpitations (sentiment que vous pouvez sentir votre cœur battre)? | | Oui | Non |
| 6. | Quelle est votre force physique? Vous sentez-vous si faible que cela limite ce que vous pouvez faire (plus que vous ne l’étiez comparé à vote état pré-COVID)? | | Oui | Non |
| 7. | Avez-vous des myalgies (des douleurs musculaires)? | | Oui | Non |
| 8. | Avez-vous de l’anosmie (aucun sens de l’odorat)? | | Oui | Non |
| 9. | Avez-vous perdu le sens du goût? | | Oui | Non |
| 10. | Est-ce que votre sommeil est perturbé (plus que ce ne l’était pré-COVID)? | | Oui | Non |
| 11. | Avez-vous des cauchemars ou des « flashback »? | | Oui | Non |
| 12.a | Est-ce que votre humeur est basse / Vous sentez-vous déprimé(e) / un manque de motivation / aucun plaisir à quoi que ce soit? | | Oui | Non |
| 12.b | Vous sentez-vous plus anxieux / inquiet qu’auparavant? | | Oui | Non |
| 13. | Avez-vous perdu du poids (plus que 3 kg / 6 lbs) depuis que vous avez eu la COVID? | | Oui | Non |
| 14. | Avez-vous d’autres symptômes? | Inscrire les autres symptômes | | |

**La demande est complétée**

par l’usager lui-même

par son représentant (inscrire les coordonnées plus bas)

par un professionnel (inscrire les coordonnées plus bas)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées du représentant (s’il y a lieu)** | | | |
| Nom : Inscrire le nom | | Prénom : Inscrire le prénom | |
| Lien : Inscrire le lien | | | |
| Courriel : Inscrire l'adresse courriel | Téléphone principal : Inscrire le numéro de téléphone | | Téléphone travail : Inscrire le numéro de téléphone |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification du référent (professionnel)** | | | |
| Nom : Inscrire le nom | Prénom : Inscrire le prénom | | |
| Titre professionnel: Inscrire le titre professionnel | Numéro de permis: Inscrire le numéro de permis | | |
| Établissement : Inscrire le numéro de programme et de l'établissement | | | |
| Téléphone : Inscrire le numéro de téléphone | Courriel : Inscrire l'adresse courriel | | |
| L’usager est informé de cette demande et consent à recevoir les services | | Oui | Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature de l’usager :** |  | **Date :** |  |
| **Signature du représentant légal :** |  | **Date :** |  |
| *En cas d’impossibilité à signer le document, l’usager ou son représentant légal a donné son autorisation verbale et l’information a été notée au dossier.* | | | |
| **Signature de l’intervenant :** |  | **Date :** |  |