

Installation : Équipe virtuelle

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

Identification de l'utilisateur			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date d'expiration :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Numéro d'assurance maladie :	
Nom, prénom de la mère à la naissance :			

Coordonnées					
Adresse :		App. :	Ville :		Code postal :
Téléphone principal de l'utilisateur :			Téléphone au travail de l'utilisateur :		
Courriel :					
Occupation :	<input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sécurité du revenu	<input type="checkbox"/> Autre :
Langue de communication :	<input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Anglais		
Modes de communication possibles :	<input type="checkbox"/> Téléphone		<input type="checkbox"/> Courriel	<input type="checkbox"/> Appel vidéo (téléadaptation)	

Histoire de la maladie (phase aiguë)		
Moment de l'infection à la COVID-19		Sévérité des symptômes
Date de l'apparition des symptômes :		<input type="checkbox"/> Asymptomatique
Date du dépistage positif à la COVID-19 :		<input type="checkbox"/> Symptômes
Nombre de jours post-COVID :		<input type="checkbox"/> Hospitalisation requise
		<input type="checkbox"/> Soins intensifs

Symptômes actuels			
1.	Vous êtes-vous complètement rétabli(e) ou êtes-vous toujours préoccupé par les symptômes	<input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Complètement rétabli	
2.	Êtes-vous plus essoufflé(e) maintenant qu'avant avoir eu la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5.	Avez-vous des palpitations (sentiment que vous pouvez sentir votre cœur battre)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 votre état pré-COVID)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7.	Avez-vous des myalgies (des douleurs musculaires)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8.	Avez-vous de l'anosmie (aucun sens de l'odorat)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9.	Avez-vous perdu le sens du goût?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10.	Est-ce que votre sommeil est perturbé (plus que ce ne l'était pré-COVID)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11.	Avez-vous des cauchemars ou des « flashback »?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
12.b	Vous sentez-vous plus anxieux / inquiet qu'auparavant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
13.	Avez-vous perdu du poids (plus que 3 kg / 6 lbs) depuis que vous avez eu la COVID?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14.	Avez-vous d'autres symptômes?	Inscrire les autres symptômes	

Nom, Prénom :

Dossier :

La demande est complétée

- par l'utilisateur 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 :	Prénom :	
Lien :		
Courriel :	Téléphone principal :	Téléphone travail :

Identification du référent (professionnel)				
Nom :	Prénom :			
Titre professionnel:	Numéro de permis:			
Établissement :				
Téléphone :	Courriel :			
L'utilisateur est informé de cette demande et consent à recevoir les services			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Signature du représentant légal : _____ Date : _____

- En cas d'impossibilité à signer le document, l'utilisateur ou son représentant légal a donné son autorisation verbale et l'information a été notée au dossier.

Signature de l'intervenant :  _____ Date : _____