

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

IDENTIFICATION DE L'USAGER ¹	
<i>Compléter tous les champs dans la section ci-dessus à droite, sauf le numéro de dossier si inconnu.</i>	
Âge : _____	Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____
*Adresse de l'utilisateur : _____	*Appartement : _____
*Ville : _____	*Province : _____ *Code postal : _____
*Téléphone : _____	Autorisation de laisser un message : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre téléphone (précisez) : _____	Autorisation de laisser un message : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Courriel : _____	

¹ Les informations obligatoires sont précédées du symbole *

CONTACT EN CAS D'URGENCE
Personne à contacter en cas d'urgence (nom, lien) : _____
Numéro de téléphone (contact d'urgence) : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE COVID-19	
Date du début de la dernière infection à la COVID-19 (aaaa-mm-jj) : _____	
Sévérité des symptômes	Évolution de votre condition depuis la maladie
<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Amélioration
<input type="checkbox"/> Symptômes légers	<input type="checkbox"/> Stable
<input type="checkbox"/> Symptômes modérés-sévères	<input type="checkbox"/> Détérioration
<input type="checkbox"/> Hospitalisation requise	
<input type="checkbox"/> Soins intensifs	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

SYMPTÔMES POST COVID-19 ACTUELS				
Depuis les 4 dernières semaines , jusqu'à quel point les symptômes suivants affectent-ils votre quotidien? 0 = Aucun problème / Non présent 1 = Problème léger – N'affecte pas ou très peu ma vie quotidienne – peu dérangeant 2 = Problème modéré – Affecte certains aspects de ma vie quotidienne – parfois dérangeant 3 = Problème sévère – Affecte tous les aspects de ma vie quotidienne – très dérangeant				
IMPACT DES SYMPTÔMES SUR MON QUOTIDIEN	0 (Aucun)	1 (Léger)	2 (Modéré)	3 (Sévère)
Fatigue Manque d'énergie, fatigue persistante qui n'est pas améliorée par le repos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malaise post-effort Aggravation des symptômes ou rechutes qui durent plusieurs heures ou plusieurs journées après avoir fourni un effort physique, cognitif ou émotif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés cognitives Difficultés de concentration, de mémoire et d'organisation; se sentir irrité par les bruits/lumières, ressentir une fatigue mentale, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à communiquer Difficulté à trouver ses mots, à suivre le fil d'une conversation, à comprendre les questions ou les propos des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement Essoufflement au repos, lors des activités habituelles ou en montant un escalier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur/Inconforts Maux de tête, maux de ventre, douleurs articulaires ou musculaires, douleur ou oppression thoracique, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations / Étourdissements Palpitations cardiaques ou étourdissements lors de changements de position, lors d'activités ou au repos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress et émotions négatives Se sentir anxieux, dépressif ou stressé; avoir des pensées ou des rêves indésirables en lien avec la maladie ou l'hospitalisation, avoir des préoccupations envahissantes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil Difficulté à s'endormir, réveils fréquents, dormir très longtemps, être somnolent durant la journée, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux/sensibilité dans la gorge/changements dans la voix Toux, étouffements, inconfort dans la gorge, voix modifiée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odorat/Goût modifié Modification ou perte du goût/de l'odorat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs et appétit Diarrhées, vomissements, nausées, reflux gastrique, perte d'appétit, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres symptômes? Et jusqu'à quel point affectent-ils votre quotidien (Échelle 0 à 3)?				

Nom :

Prénom :

#Dossier :

FONCTIONNEMENT ACTUEL				
Depuis les 4 dernières semaines , jusqu'à quel point vos activités sont-elles affectées par votre condition?				
0 = Aucun problème / Non présent 1 = Problème léger – Activités réalisées sans trop de difficulté (surmontable) 2 = Problème modéré – Activités réalisées avec difficulté significative (besoin d'aide ou modifier beaucoup la façon de faire) 3 = Problème sévère – Activités très affectées (je dois abandonner/cesser, déléguer ou demander une aide très importante)				
IMPACT SUR LES ACTIVITÉS ET LE FONCTIONNEMENT	0 (Aucun)	1 (Léger)	2 (Modéré)	3 (Sévère)
Mouvements et déplacements (marcher, se pencher, se lever, escalier, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes soins personnels (se laver, s'habiller, se coiffer, se raser, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes activités domestiques (repas, lessive, commissions, conduite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes activités familiales (s'occuper des enfants/d'un proche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mon occupation principale (travail, études, bénévolat, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes activités de loisirs (loisirs tranquilles et actifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes activités sociales (interaction et entraide avec mes proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANTÉ GLOBALE										
Depuis les 4 dernières semaines , jusqu'à quel point votre santé est-elle bonne ou mauvaise?										
(10 signifie la meilleure santé que vous pouvez imaginer; 0 signifie la pire santé que vous pouvez imaginer)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable actuellement de surmonter les obstacles pour gérer votre condition?										
(10 signifie parfaitement capable; 0 signifie pas du tout capable)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :										

Nom :

Prénom :

#Dossier :

CONDITIONS FACILITANTES DE PARTICIPATION

La majorité des interventions CO-VIE sont offertes en virtuel, (sous la forme d'ateliers de groupe par vidéoconférence). Certaines conditions facilitent votre participation.

Veillez cocher après avoir lu et pris connaissance des éléments suivants :

- J'ai accès à une connexion Internet et un moyen technologique (ordinateur, tablette, téléphone mobile, etc.).
- J'ai une adresse courriel valide que je consulte fréquemment.
- Je suis capable de tolérer une séance d'environ 60-90 minutes (avec pauses).
- J'ai des disponibilités en journée, durant la semaine.

Commentaires :

DEMANDE COMPLÉTÉE PAR

- L'utilisateur lui-même
- Un professionnel de la Santé (SVP, compléter la section suivante)
- Le médecin traitant (SVP, compléter la section suivante)
- Autre :

Signature de l'utilisateur (ou son représentant): _____

Date : _____

aaaa-mm-jj

Si c'est un représentant qui complète ce formulaire, celui-ci doit avoir obtenu au préalable l'autorisation verbale ou écrite de l'utilisateur.

SOUMETTRE LA DEMANDE COMPLÉTÉE

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts

Le présent document complété doit être envoyé à l'adresse courriel suivante : readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

BESOIN D'AIDE?

Vous vivez une détresse et une situation qui vous dépasse?

Vous avez des idées noires ou des pensées suicidaires?

Des ressources sont disponibles : veuillez consulter la fiche

https://www.santemonteregion.qc.ca/sites/default/files/2021/08/fiche7_sante-mentale-covid-19.pdf