



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 (COVID LONGUE)

### IDENTIFICATION DE L'USAGER<sup>1</sup>

Compléter tous les champs dans la section ci-dessus à droite, sauf le numéro de dossier si inconnu.

Âge : \_\_\_\_\_ Langue :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_  
\*Adresse de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ \*Appartement : \_\_\_\_\_  
\*Ville : \_\_\_\_\_ \*Province : \_\_\_\_\_ \*Code postal : \_\_\_\_\_  
\*Téléphone : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message :  Oui  Non  
Autre téléphone (précisez) : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message :  Oui  Non  
\*Courriel : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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

- Asymptomatique
- Symptômes légers
- Symptômes modérés-sévères
- Hospitalisation requise
- Soins intensifs

#### Évolution de votre condition depuis la maladie

- Amélioration
- Stable
- Détérioration

Commentaires :

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 dérangent**2** = *Problème modéré* – Affecte certains aspects de ma vie quotidienne – parfois dérangent**3** = *Problème sévère* – Affecte tous les aspects de ma vie quotidienne – très dérangent**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.

**Malaise post-effort**

Aggravation des symptômes ou rechutes qui durent plusieurs heures ou plusieurs journées après avoir fourni un effort physique, cognitif ou émotif.

**Difficultés cognitives**

Difficultés de concentration, de mémoire et d'organisation; se sentir irrité par les bruits/lumières, ressentir une fatigue mentale, etc.

**Difficultés à communiquer**

Difficulté à trouver ses mots, à suivre le fil d'une conversation, à comprendre les questions ou les propos des autres.

**Essoufflement**

Essoufflement au repos, lors des activités habituelles ou en montant un escalier.

**Douleur/Inconforts**

Maux de tête, maux de ventre, douleurs articulaires ou musculaires, douleur ou oppression thoracique, etc.

**Palpitations / Étourdissements**

Palpitations cardiaques ou étourdissements lors de changements de position, lors d'activités ou au repos.

**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.

**Troubles du sommeil**

Difficulté à s'endormir, réveils fréquents, dormir très longtemps, être somnolent durant la journée, etc.

**Toux/sensibilité dans la gorge/changements dans la voix**

Toux, étouffements, inconfort dans la gorge, voix modifiée.

**Odorat/Goût modifié**

Modification ou perte du goût/de l'odorat.

**Troubles digestifs et appétit**

Diarrhées, vomissements, nausées, reflux gastrique, perte d'appétit, etc.

**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 <b>4 dernières semaines</b> , jusqu'à quel point vos activités sont-elles affectées par votre condition? <b>0</b> = <i>Aucun problème / Non présent</i> <b>1</b> = <i>Problème léger</i> – Activités réalisées sans trop de difficulté (surmontable) <b>2</b> = <i>Problème modéré</i> – Activités réalisées avec difficulté significative (besoin d'aide ou modifier beaucoup la façon de faire) <b>3</b> = <i>Problème sévère</i> – 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 <b>soins personnels</b> (se laver, s'habiller, se coiffer, se raser, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes <b>activités domestiques</b> (repas, lessive, commissions, conduite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes <b>activités familiales</b> (s'occuper des enfants/d'un proche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mon <b>occupation principale</b> (travail, études, bénévolat, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes <b>activités de loisirs</b> (loisirs tranquilles et actifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser mes <b>activités sociales</b> (interaction et entraide avec mes proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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. Veuillez cocher ce qui s'applique à votre situation :
<input type="checkbox"/> J'ai accès à une connexion Internet et un moyen technologique (ordinateur, tablette, téléphone mobile, etc.).
<input type="checkbox"/> J'ai une adresse courriel valide que je consulte fréquemment.
<input type="checkbox"/> Je suis capable de tolérer une séance d'environ 60-90 minutes (avec pauses).
<input type="checkbox"/> J'ai des disponibilités en journée, durant la semaine.
<b>Commentaires :</b>

Nom :

Prénom :

#Dossier :

#### DOCUMENT À JOINDRE

Pour que la demande de service soit complète, le document suivant doit être fourni avant le début des services (signé par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée):

Référence médicale (ou attestation de diagnostic de COVID longue)

Envoyer à l'adresse courriel suivante : [readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)

Commentaires :

#### DEMANDE COMPLÉTÉE PAR

L'utilisateur lui-même

Un professionnel de la santé \*\*

Le médecin traitant/IPS \*\*

Autre \*\*

Nom : \_\_\_\_\_

Titre/Lien avec l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

Signature de l'utilisateur (ou son représentant): \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

aaaa-mm-jj

#### SOUMETTRE LA DEMANDE COMPLÉTÉE

Envoyer le présent document à l'adresse courriel suivante : [readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)

Ne pas oublier d'envoyer également la référence/attestation médicale.

#### 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 disponible en ligne :*

[https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/08/fiche7\\_sante-mentale-covid-19.pdf](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/08/fiche7_sante-mentale-covid-19.pdf)

Note pour les professionnels : La plupart des questions des sections « Symptômes post-COVID », « Fonctionnement actuel » et « Santé globale » sont tirées de l'Échelle Yorkshire modifiée (CR19-YRSm, 2022).