|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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%20%C3%A9quipe%20INTER/Gabarits/readaptation.covid.cisssmo16%40ssss.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 :** |       |