

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

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
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 :			
Faites-vous partie du personnel du CISSS de la Montérégie-Ouest : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, vous-êtes : <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Bénévole			
No de matricule* :			

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 AIGÛE)		
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

* (Notez qu'aucune information concernant votre santé ne sera communiquée à votre employeur. Le no de matricule sert seulement à confirmer que vous êtes employé)

Explications :																					
Je vais vous poser quelques questions sur la façon dont vous pourriez avoir été affecté(e) depuis votre maladie. S'il y a d'autres façons dont vous avez été affecté(e), alors il y aura une chance de me les faire savoir à la fin.																					
1.	Essoufflement :																				
	Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun essoufflement, et 10 étant extrêmement essoufflé(e), comment êtes-vous essoufflé(e)?																				
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A								
	Au repos présentement	<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"/>	<input type="checkbox"/>							
	Au repos pré-COVID	<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"/>	<input type="checkbox"/>							
	En s'habillant présentement	<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"/>	<input type="checkbox"/>							
	En s'habillant pré-COVID	<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"/>	<input type="checkbox"/>							
2.	Complications laryngées / voies respiratoires :																				
	Avez-vous développé des changements dans la sensibilité de votre gorge comme une toux gênante (grasse ou sèche) ou une respiration bruyante? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun changement, 10 étant un impact significatif), quel est, selon vous, le degré d'impact de ces changements sur vos voies respiratoires?																					
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10
3.	Voix :																				
	Est-ce que vous ou votre famille avez remarqué des changements dans votre voix, comme de la difficulté à être entendu(e), une diminution de la qualité de la voix ou une incapacité à modifier la tonalité de votre voix? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
	Sur une échelle de 0 à 10, (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif), quel est, selon vous, le degré d'impact de ces changements sur votre voix?																				
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10
4.	Avaler :																				
	Avez-vous de la difficulté à manger, à boire, à avaler voire à éviter de manger ou de boire, car cela vous fait tousser ou vous étouffer? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
	Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) quel est, selon vous, votre degré de difficulté à avaler?																				
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10
5.	Nutrition :																				
	Êtes-vous ou votre famille préoccupé(e) par des changements dans vos habitudes alimentaires ou par des problèmes nutritionnels persistants à la suite de la COVID-19? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
	Sur une échelle de 0 à 10, veuillez classer votre appétit ou votre intérêt à manger depuis la Covid-19? (0 étant le même que d'habitude/ aucun problème, 10 étant réduction très grave /présence de problèmes importants)																				
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10

6.	<p>Mobilité : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez en marchant? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de marcher)</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
7.	<p>Fatigue : Vous fatiguez-vous plus facilement qu'avant votre maladie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <hr/> <p>Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure cela affecte-t-il votre mobilité, vos soins personnels, vos activités ou votre plaisir de vivre? (0 n'affectant pas, 10 étant très impactant) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
8.	<p>Soins personnels : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de vos problèmes de soins personnels tels que vous laver et vous habiller? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes soins personnels)</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
9.	<p>Contenance : Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler vos intestins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler votre vessie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
10.	<p>Activités habituelles : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez dans l'exercice de vos activités habituelles, telles que votre rôle domestique, vos activités de loisir, votre travail ou vos études? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes activités habituelles)</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>

11.	<p>Douleur : Sur une échelle de 0 à 10 (0 signifiant aucune douleur, 10 signifiant une douleur extrêmement intense) quelle est le degré de douleur que vous ressentez? 0 signifie que je n'ai ni douleur ni gêne, 10 signifie que j'ai une douleur extrêmement intense..</p> <p>Présentement</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
12.	<p>Cognition : Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de concentration? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de mémoire à court terme? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
13.	<p>Communication aspect cognitif : Est-ce que vous ou votre famille avez remarqué des changements dans la façon dont vous communiquez avec les gens comme le fait de chercher vos mots, d'éprouver une difficulté à structurer vos pensées ou à bien comprendre ce que les autres vous disent, à lire ou à avoir une conversation soutenue? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) quel est, selon vous, le degré de changement dans la façon dont vous communiquez avec les gens?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
14.	<p>Anxiété : Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant je ne suis pas anxieux, 10 étant je suis extrêmement anxieux), considérez-vous que vous vivez de l'anxiété? .</p> <p>Présentement</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
15.	<p>Dépression : Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant je ne me sens pas déprimé, 10 étant je me sens extrêmement déprimé) considérez-vous que vous vous sentez déprimé(e)? .</p> <p>Présentement</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
16. A	<p>Stress post-traumatique : Avez-vous eu des souvenirs indésirables de votre maladie ou de votre hospitalisation pendant que vous étiez éveillé, sans compter les rêves? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>À quel point ces souvenirs vous dérangent-ils?</p> <p><input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême</p>

16. B	Avez-vous eu des rêves indésirables concernant votre maladie ou votre admission à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
À quel point ces rêves vous dérangent-ils? <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême			
16. C	Avez-vous essayé d'éviter de penser ou de ressentir votre maladie ou votre hospitalisation?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Combien d'efforts faites-vous pour éviter ces pensées ou ces sentiments? <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême			
16. D	Pensez-vous actuellement à vous faire du mal de quelque manière que ce soit?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
17.	Santé globale perçue : 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 puissiez imaginer. Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

Avez-vous expérimenté d'autres nouveaux problèmes depuis votre maladie qui n'ont pas été mentionnés?

Notes du clinicien :

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 : _____