

Consultation clinique affection post-COVID et syndrome post-Lyme du CIUSSS-CHUS

Le formulaire APSS en microbiologie et infectiologie doit être rempli ainsi que ce formulaire afin que la demande soit traitée :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/96e3ed5f63529ad18525811b0061eb5c?OpenDocument>

Veuillez retourner les deux formulaires remplis au CRDS par télécopieur au : 819 820-6448

À noter que les patients avec COVID-19 ou maladie de Lyme ne sont pas acceptés pendant la phase aigüe de l'infection, soit < 4 semaines.		
C : < 28 jours	D : < 3 mois	E : <12 mois
Sherbrooke, le _____ (jj/mm/aaaa)		
Dr(e) _____	Nom patient : _____	
N° permis : _____	Date de naissance : _____	(jj/mm/aaaa)
Télécopieur : _____	Numéro de dossier : _____	
Date du test positif (COVID ou Lyme)		
PCR : _____ (jj/mm/aaaa)	Test antigénique : _____ (jj/mm/aaaa)	
Sérologie : _____ (jj/mm/aaaa)		
Diagnostic		
Troubles de l'olfaction et/ou du goût : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	sans perte de poids <input type="checkbox"/>	E
	avec perte de poids <input type="checkbox"/>	D
Intolérance orthostatique posturale (POTS) prouvée ou suspectée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		C
Myopéricardite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		C
Dyspnée d'effort : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	sans désaturation <input type="checkbox"/>	D
	avec désaturation <input type="checkbox"/>	C
Impact fonctionnel sur le quotidien		
<input type="checkbox"/> Impact négligeable dans la vie de tous les jours. Réalise ses tâches/activités habituelles, bien que persistent des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Précision : _____		E
<input type="checkbox"/> Patient doit éviter ou réduire certaines activités/tâches quotidiennes, ou alors les répartir sur des périodes plus longues en raison de symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant réaliser toutes ses activités quotidiennes sans aucune aide. Précision : _____		D
<input type="checkbox"/> Patient ne peut pas réaliser les tâches et/ou activités habituelles en lien avec des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant prendre soin de lui-même sans aucune aide. Précision : _____		D
<input type="checkbox"/> Patient avec limitations sévères au quotidien. Pas capable seul de prendre soin de lui, dépendant de soins infirmiers et/ou d'une tierce personne en raison de symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression. Précision : _____		C
<input type="checkbox"/> *Par exemple : fatigue et/ou malaise post-exercice, troubles neurocognitifs (mémoire, concentration, attention, tâches exécutives) Précision : _____		C