



Tel : 05 65 24 10 10
Fax : 05.65.24.10.14
@ : medical@ch-la-roseraie.fr
46240 MONTFAUCON

DEMANDE D'ADMISSION

HDJ COVID LONG NEUROLOGIE

Date de la demande : / /

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de la structure :

Nom / Prénom :

Fonction : Service :

Téléphone : Mail :@.....

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de Naissance : / / Sexe : F M

Langue maternelle :

Adresse :

Téléphone : / / / / Mail :@.....

Vit en couple Vit seul

Entourage/intervenant à domicile:

HISTOIRE DE LA MALADIE

Date de l'apparition des symptômes : / /

Asymptomatique Symptômes Hospitalisation requise Soins intensifs

Date du dépistage positif à la COVID-19 : / /

Nombre de jours post-COVID :

Le diagnostic COVID LONG a-t-il été posé médicalement ? oui non

Si oui par qui ?

De quelle manière avez-vous été orienté vers notre établissement ?

.....

.....

Questionnaire à remplir par le patient

QUESTION N°1

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun essoufflement, et 10 étant extrêmement essoufflé(e), comment définiriez-vous votre essoufflement ?

Au repos Avant COVID : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Actuellement : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En s'habillant Avant COVID : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Actuellement : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En montant les escaliers Avant COVID : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Actuellement : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°2

Avez-vous développé des changements dans la sensibilité de votre gorge oui non
Comme une toux gênante (grasse ou sèche) ou une respiration bruyante ?

Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun changement et 10 étant un impact significatif), quel est, selon vous, le degré de ces changements sur vos voies respiratoires ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°3

Avez-vous des difficultés à manger, à boire, à avaler voire à éviter de manger oui non
ou de boire ?

car cela vous fait tousser ou vous étouffer ? oui non

QUESTION N°4

Etes-vous, ou votre famille préoccupé(e) par des changements dans vos habitudes oui non
Alimentaires ou par des problèmes nutritionnels persistants à la suite de la COVID-19 ?

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 et 10 réduction très grave/présence de problèmes importants)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°5

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).

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°6

Vous fatiguez vous plus facilement qu'avant votre maladie ? oui non

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)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°7

Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler vos intestins ? oui non

Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler votre vessie ? oui non

QUESTION N°8

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)

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°9

Sur une échelle de 0 à 10, 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).

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°10

Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de concentration ? oui non

Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de mémoire à court terme ? oui non

QUESTION N°11

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

oui non

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 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°12

Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant je ne suis pas anxieux, 10 étant je suis extrêmement anxieux), considéreriez-vous que vous vivez l'anxiété ?

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°13

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) ?

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUESTION N°14

A 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.

Avant COVID :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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