

Informations générales

Nom de naissance

Nom usuel

Prénom

Numéro de sécurité sociale

Complémentaire Santé

E-mail

Numéro de téléphone

Sexe

Homme

Femme

Date de naissance

Intervenants

Antécédents

Antécédents

Accident vasculaire cérébral

Problème rhumatologique

Asthme

BPCO

Cancer

Dépression

Diabète

HTA

Insuffisance cardiaque

Maladie coronarienne

Maladie thrombo-embolique

Autres antécédents



1

plus d'éléments

Avant la Covid étiez-vous physiquement actif?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Histoire de la maladie

Date du résultat positif

jj/mm/aaaa

Si deuxième COVID : Date du résultat positif

jj/mm/aaaa

Symptômes majoritaires : Préciser l'intensité (Faible, Modérée, Elevée)

Hospitalisation

- Oui
- Non

Post-COVID

Estimez-vous avoir retrouvé votre état de santé antérieur?

Oui

Non

Avez-vous repris une activité physique?

Oui

Non

Avez-vous repris une activité professionnelle?

Oui

Non

Avez-vous repris vos habitudes alimentaires?

Oui

Non

Depuis votre infection, ressentez-vous toujours?

- Fatigue anormale/prononcée
- Douleurs articulaires
- Douleurs musculaires
- Perte d'équilibre
- Essoufflement anormal au repos
- Essoufflement anormal à l'effort
- Toux sèche
- Douleurs thoraciques
- Palpitations
- Anxiété
- Symptômes dépressifs
- Céphalées
- Somnolence
- Troubles de la concentration
- Troubles du sommeil
- Anosmie
- Agueusie

Essoufflement

En cas d'essoufflement anormal, quelle est son intensité au cours des 7 derniers jours?

Pas du tout important

Pas Important

Peu ou pas important

Important

Très important

Examen clinique

Taille

cm

Poids avant Covid

kg

Poids après Covid

kg

Saturation (optionnel)

%

Tension artérielle

mmHG

Pouls

bpm

Conduite à tenir

Bilans suggérés

- Cardiologique
- Pneumologique
- Neurologique
- Psychologique
- Nutritionnel
- Kinésithérapique

Autres bilans suggérés

Préconisations