

## FICHE D'ÉVALUATION INITIALE COVID LONG

### Coordonnées de la personne :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Nom de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_  
**Age :** \_\_\_\_\_ **Taille :** \_\_\_\_\_ **Poids :** \_\_\_\_\_ **Perte de poids :** \_\_\_\_\_ **kg**  
**Profession :** \_\_\_\_\_

### Coordonnées de médecin traitant :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 Mail sécurisé : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du demandeur :

**Médecin traitant** \_\_\_\_\_ **Médecin spécialiste** \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Ville/ Etablissement : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 Mail sécurisé : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS

HTA  
 Insuffisance respiratoire chronique  
 Obésité  
 Antécédents neurologiques/cognitifs  
 Cancer  
 Diabète  
 ATCD psychiatriques  
 Autres : \_\_\_\_\_

### VACCINATION COVID-19

<b>Vacciné :</b>	Oui	Non
<b>Date :</b>		

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

Diagnostic confirmé positif : OUI NON

Si oui :

- Date :
- Type de test réalisé : PCR Test Antigénique le dernier Sérologie

Date des premiers symptômes Covid-19 :

Prise en charge de la maladie	Domicile		Hôpital		Réanimation	
Suivi en pneumologie	Oui	Non	Suivi en neurologie		Oui	Non
Suivi Cardiologie	Oui	Non	Suivi dans un centre hospitalier		Oui	Non

### SYMPTOMES INITIAUX

Fatigue  
Céphalées  
Vertiges  
Fourmillements dans les mains/extrémités  
Perte gout/odorat  
Dyspnée à l'effort/essoufflement  
Douleurs thoraciques  
Palpitations  
Douleurs  
Toux  
Anxiété  
Troubles digestifs  
Lésions cutanées  
Symptômes de Stress post traumatique  
Troubles oculaires

### SYMPTOMES PERSISTANTS

Fatigue  
Céphalées pointes de céphalées  
Vertiges  
Difficultés concentration/mémoire/attention  
Fourmillements dans les mains/extrémités  
Perte gout/odorat  
Dyspnée à l'effort/essoufflement  
Douleurs thoraciques  
Douleurs  
Toux  
Troubles dépressifs, anxieux  
Troubles du sommeil  
Troubles digestifs, dénutrition  
Lésions cutanées  
Chute de cheveux  
Troubles de l'audition, acouphènes  
Troubles oculaires  
Troubles somatiques fonctionnels

## PRISE EN CHARGE COVID LONG :

Suivi médecin généraliste  
Demande ALD faite : oui non si oui laquelle :  
Prise en charge par un ou des spécialistes  
Diététicien  
Kinésithérapeute ou Activité Physique Adaptée (APA)  
Orthophoniste  
Psychologue ou Psychiatre  
Assistante sociale  
Aucune  
ORL  
Autre (veuillez préciser) :

**EXAMENS REALISES :**

TDM ( scanner)

EFR

Bilan sanguin

Tepscanner

Scintigraphie

Autres

**Traitement médicamenteux/compléments alimentaires :**

Avez-vous cessé votre activité professionnelle à cause du covid :    **Oui**        **Non**

Avez-vous eu un rendez-vous avec la médecine du travail :    **Oui**        **Non**

Avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique :    **Oui**        **Non**

Avez-vous eu un rendez-vous avec le médecin scolaire :    **Oui**        **Non**

Avez-vous un PAI (plan d'accueil individualisé) :    **Oui**        **Non**

**Avez-vous des difficultés dans votre prise en charge :**

- Difficultés familiales, sociales
- Difficultés financières liées au coût de la prise en charge médicale
- Difficultés financières liées à un arrêt de travail ou perte d'emploi
- Difficultés psychologiques (dépression, angoisse, isolement,)
- Difficultés scolaires
- Autre(s) (veuillez préciser)
- Aucune

---

**COMMENTAIRES :**

---

### CONSENTEMENT A L'UTILISATION D'INFORMATION ENTRE PARTENAIRES

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

La Cellule de coordination Covid Long, vous propose un interlocuteur référent, coordonnateur de parcours de santé pour vous accompagner et faciliter la coordination des professionnels, dans le cadre de votre parcours de prise en charges de vos symptômes de covid long.

**J'autorise la Cellule de Coordination Covid Long** composée exclusivement de professionnels de santé à recueillir et à échanger, dans la plus grande confidentialité, les informations utiles me concernant.

**Je consens** à ce que ces informations fassent l'objet d'un traitement informatique, dans l'objectif d'assurer un suivi individualisé, adapté à mon égard selon la RGPD ( Règlement général sur la protection des données).

Clauses particulières :

FAIT A

le

Signature de la personne suivie ou du représentant légal