

Formulaire d'orientation vers la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Covid-long

Objet : la RCP Covid-long permet d'apporter un regard pluridisciplinaire (infectiologue, médecins rééducateurs, pneumologues, médecin du sport, ...) sur la situation des patients Covid-long. Sur la base de votre évaluation et des échanges au cours de la RCP, une orientation sera proposée à votre patient.

Date de la demande :

Coordonnées de la personne :

Sexe : F H

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. :

Adresse postale :

La personne est informée et a consenti au partage des informations (Cf. p.4)

La personne ne s'oppose pas au traitement des données recueillies dans le cadre du travail de thèse de M. Guillem Steven (Cf. pièces jointes explicatives de la démarche)

Coordonnées du médecin traitant :

Nom, Prénom :

Ville :

Tél. :

Mail :

Coordonnées du demandeur :

Médecin traitant

Médecin spécialiste, spécialité :

Nom :

Prénom :

Ville / Etablissement :

Tél. :

Mail (sécurisé) :

1) Informations générales :

- Taille :
- Poids :
- Date PCR COVID :
- Date des premiers symptômes :
- Antécédents majeurs :

- Histoire de la maladie :

- Symptômes persistants à ce jour :

- Profession :
- Arrêt de travail : Oui Non Date initiale :

2) Etat de fatigue du patient (cocher la case correspondant au niveau de fatigue) :

Pleine forme Fatigue maximale

3) Symptôme(s) présenté(s) par le patient :

Symptômes	Présent(s) ou non ? Si oui, le(s)quel(s) ? (cochez)	Examens complémentaires
Cardio-- respiratoires	<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Pesanteur thoracique <input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Expectorations	<input type="checkbox"/> Bilan cardio réalisé <input type="checkbox"/> Bilan pneumo réalisé (si oui, joindre les examens à la demande)
ORL	<input type="checkbox"/> Anosmie <input type="checkbox"/> Agueusie <input type="checkbox"/> Rhinite / Rhinorrhée <input type="checkbox"/> Maux de gorge	
Digestifs	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Diarrhées	
Neuro- psychologiques	<input type="checkbox"/> Troubles de la concentration <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Paresthésies <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Bilan neuropsych réalisé (si oui, le joindre à la demande)
Généraux	<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Fatigue	
Cutanés	<input type="checkbox"/> Engelures <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Urticaire	
Autres		

4) Echelle de dyspnée du Medical Research Council (mMRC) :

- Stade 0 : je suis essoufflé uniquement pour un effort important
- Stade 1 : je suis essoufflé quand je me dépêche à plat ou quand je monte une pente légère
- Stade 2 : je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon propre pas en terrain plat
- Stade 3 : je m'arrête pour respirer après 90 mètres ou après quelques minutes à plat
- Stade 4 : je suis trop essoufflé pour quitter ma maison ou je suis essoufflé rien qu'à m'habiller

5) SF-12 : Etat de santé général et capacité de faire des activités quotidiennes :

Cochez la case appropriée (une seule case)						
1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :	Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :						
2a. Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?	Oui, beaucoup	Oui, un peu limité	Non, pas du tout limité			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2b. Monter plusieurs étages par l'escalier ?	Oui, beaucoup	Oui, un peu limité	Non, pas du tout limité			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :						
3a. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	Oui	Non				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3b. Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?	Oui	Non				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :						
4a. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	Oui	Non				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4b. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	Oui	Non				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, est-ce que vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	Tout le temps	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :						
7a. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Evaluation neuropsychologique et critères d'alerte :

Parmi les cinq propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à l'état de votre patient en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4 :

0 = Pas du tout ; 1 = Un peu ; 2 = Moyennement ; 3 = Beaucoup ; 4 = Enormément

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai eu du mal à trouver le(s) mot(s) juste(s) pour m'exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je dois faire plus d'efforts que d'habitude pour m'exprimer clairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai du mal à garder le fil de ce que je fais si on m'interrompt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ces problèmes perturbent ma capacité à travailler ou à faire des choses que j'aime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total :

Consentement du patient :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un logiciel sécurisé certifié hébergement des données de santé. Les données collectées seront communiquées aux seuls membres de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpo@appuisantecornouaille.fr, 49 Hent Penhoat Braz, 29700 – Plomelin, 02 98 90 20 96.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Fiche RCP COVID-LONG

(remplie lors de la RCP par la secrétaire RCP)

RCP du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Personnes présentes :

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dr Saïdani | <input type="checkbox"/> Dr Coiffey | <input type="checkbox"/> Dr Boiteux | <input type="checkbox"/> Françoise Le Goff |
| <input type="checkbox"/> Dr Mevellec | <input type="checkbox"/> Dr Jacolot | <input type="checkbox"/> Vincent Boucherot | <input type="checkbox"/> Aude Aubry |
| <input type="checkbox"/> Dr Lintanf | <input type="checkbox"/> Dr Eliot | <input type="checkbox"/> Secrétaire RCP : | |

Autres présents :

Correspondants du patient :

- Médecin traitant :
- Autres :

Résumé des bilans de repérage

- **Symptômes :**
- **Echelle de dyspnée, stade :**
- **SF-12 :**
 - PCS (Physical Composite Score) :
 - MCS (Mental Composite Score) :
- **Evaluation neuropsychologique, score total :**

Bilan cardio Bilan pneumo TDM EFR

Proposition de prise en charge

Proposition d'orientation faite par la RCP :

Envoi à :

Validé en présence du médecin coordinateur de RCP (Dr Saïdani)