Formulaire d'orientation vers la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Covid-long (Version 26/09/2023)

Objet : la RCP Covid-long permet d'apporter un regard pluridisciplinaire (infectiologue, médecins rééducateurs, pneumologues, médecin du sport, médecin du travail, …) 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 :

Pour tout passage en RCP, **joindre impérativement les compte-rendu des examens réalisés** (biologiques, cardio, pneumo, …). **Sans ces éléments nous ne pourrons étudier le dossier du patient**. Merci pour votre compréhension.

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)

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 :
- Vacciné(e) contre le Covid-19 : ☐ Oui ☐ Non, Nombre de doses :
- Date des premiers symptômes :
- Antécédents majeurs :
- Histoire de la maladie :

Merci de transmettre l'ordonnance en cours le cas échéant

- Symptômes persistants à ce jour :

- Profession :
- Entreprise :
- Nom du médecin du travail (si connu) :
- 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	Résultats / Préconisations des examens réalisés
Cardio--respiratoires	☐ Douleurs thoraciques ☐ Palpitations ☐ Toux ☐ Pesanteur thoracique ☐ Essoufflement ☐ Expectorations	☐ Bilan cardio réalisé ☐ Bilan pneumo réalisé (si oui, joindre les examens à la demande)	
ORL	☐ Anosmie ☐ Rhinite / Rhinorrhée ☐ Maux de gorge ☐ Agueusie		
Digestifs	☐ Perte d'appétit ☐ Diarrhées		
Neuro-psychologiques	☐ Troubles de la concentration ☐ Vertiges ☐ Anxiété ☐ Céphalées ☐ Paresthésies ☐ Dépression	☐ Bilan neuropsy réalisé (si oui, le joindre à la demande)	
Généraux	☐ Fièvre ☐ Arthralgies ☐ Fatigue ☐ Frissons ☐ Myalgies		
Cutanés	☐ Engelures ☐ Prurit ☐ 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**
	☐	☐	☐	☐	☐
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		
	☐	☐	☐		
2b. Monter plusieurs étages par l'escalier ?	**Oui, beaucoup**	**Oui, un peu limité**	Non, pas du tout limité		
	☐	☐	☐		
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			
	☐	☐			
3b. Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?	**Oui**	Non			
	☐	☐			
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			
	☐	☐			
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			
	☐	☐			
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**
	☐	☐	☐	☐	☐
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
	☐	☐	☐	☐	☐

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	**Rare-ment**	**Jamais**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7b. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	**Rare-ment**	**Jamais**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7c. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	**En permanence**	**Très souvent**	**Souvent**	**Quelquefois**	Rare-ment	Jamais
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai eu du mal à trouver le(s) mot(s) juste(s) pour m'exprimer	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je dois faire plus d'efforts que d'habitude pour m'exprimer clairement	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'ai du mal à garder le fil de ce que je fais si on m'interrompt	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ces problèmes perturbent ma capacité à travailler ou à faire des choses que j'aime	☐	☐	☐	☐	☐

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)

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

Personnes présentes :

☐ Dr Saïdani ☐ Dr De Zutter ☐ Dr Guillou Bideau ☐ Françoise Le Goff
☐ Dr Mevellec ☐ Dr Jacolot ☐ Vincent Boucherot ☐ Aude Aubry
☐ Dr Lintanf ☐ Dr Eliot

Autres présents :

Correspondants du patient :

- **Médecin traitant :**
- **Autres :**

Résumé des bilans de repérage

- **Etat de fatigue :**
- **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)