

**Fiche de demande d’appui pour les patients souffrant de symptômes prolongés de la COVID-19.**

**Fiche médecin.**

**Ce dossier est à remplir par le médecin avec les éléments dont il dispose.**

Il est à adresser de préférence par mail sécurisé à Appui Santé Loiret.

Après étude par notre commission, un rendez-vous avec un médecin ou une infirmière d’Appui Santé Loiret sera proposé au patient. Un compte-rendu sera envoyé au médecin.

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin traitant | Patient |
| Nom | Nom |
| Prénom | Prénom |
| Spécialité | Date de naissance |
| Téléphone | Téléphone |
| Mail | Mail |
| Commune d’exercice | Commune de résidence |

**Quelles sont vos attentes en ce qui concerne l’appui que nous pouvons vous apporter ?**

**Appui Santé Loiret (ouvert du lundi au jeudi 8h30-12h30 et 13h30-17h30 et le vendredi 8h30-12h30 et 13h30-17h00)**

**25 Avenue de la Libération 45000 Orléans - Tél : 02.38.248.248 - Fax : 02.38.22.57.76 - Mail : dac45@appuisanteloiret.fr**

**Mail sécurisé :** appuisanteloiret@cvl.mssante.fr et appui-sante.loiret@medical45.apicrypt.org

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 1 avec un remplissage uni** | **Diagnostic** |

**Trois critères permettent d’identifier les patients souffrant de symptômes prolongés de la COVID-19 (HAS 2011)**

1. Épisode initial symptomatique de la Covid-19 :

E soit **confirmé** par au moins un critère parmi :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PCR SARS-CoV-2 +  | £ OUI £ NON |  |
| Test antigénique SARS-CoV-2 +  | £ OUI £ NON |  |
| Sérologie SARS- SARS-CoV-2 +  | £ OUI £ NON |  |
| Test rapide SARS-CoV 2 + |  |  |
| Anosmie/agueusie prolongée de survenue brutale | £ OUI £ NON |  |
| Scanner thoracique typique (pneumonie bilatérale en verre dépoli…)  | £ OUI £ NON |  |

**E** soit **probable** par l’association d’au moins trois critères, de survenue brutale, dans un contexte épidémique, parmi :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fièvre | £ OUI £ NON |  |
| Céphalée  | £ OUI £ NON |  |
| Fatigue  | £ OUI £ NON |  |
| Myalgie  | £ OUI £ NON |  |
| Dyspnée  | £ OUI £ NON |  |
| Toux  | £ OUI £ NON |  |
| Douleurs thoraciques  | £ OUI £ NON |  |
| Diarrhée  | £ OUI £ NON |  |
| Odynophagie  | £ OUI £ NON |  |

 Une sérologie SARS-CoV-2 positive peut aider à ce diagnostic.

1. Et présence d’au moins un des symptômes initiaux, au-delà de 4 semaines suivant le début de la phase aiguë de la maladie.

£ OUI £ NON

1. Et symptômes initiaux et prolongés non expliqués par un autre diagnostic sans lien connu avec la Covid-19 (peut nécessiter l’avis du médecin traitant)

£ OUI £ NON

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge avec un remplissage uni** | **Histoire de la maladie** |

Date du début des symptômes :

Durée des symptômes initiaux (si période sans symptômes depuis la phase aiguë) :

Comorbidités :

* Diabète
* HTA
* Obésité ou surpoids
* Problèmes neurologiques
* Autres :

Hospitalisation : £ OUI £ NON

Hospitalisation en réanimation : £ OUI £ NON

Intubation : £ OUI £ NON

Oxygénothérapie :

* En hospitalisation £ OUI £ NON
* A domicile
	+ Provisoire £ OUI £ NON
	+ Continue £ OUI £ NON

Rééducation déjà débutée : £ OUI £ NON

* Laquelle :
* Pourquoi ?
* Par qui ?

Vaccination :

* Réalisée. £ 1ère dose £ 2ème dose (dates) £ 3ème dose (dates)
* Prévue : £ OUI £ NON

|  |  |
| --- | --- |
| Badge 3 avec un remplissage uni | **Cercle de soins** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Professionnels ayant débuté un suivi pour la COVID** | **Tel** | **Mail** |
| Médecin généraliste (s’il n’est pas le demandeur) |  |  |
| Infirmier  |  |  |
| Pharmacien  |  |  |
| Kinésithérapeute  |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Cardiologue  |  |  |
| Pneumologue  |  |  |
| Neurologue  |  |  |
| SSR |  |  |
| Autre |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 4 avec un remplissage uni** | **Traitements actuels et examens complémentaires** |

Traitements médicamenteux actuels : (si possible la copie de la dernière ordonnance).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bilan déjà réalisé :**

|  |
| --- |
| ☐ Bilan biologique (avec NFS, fonction rénale, fonction hépatique, troponine, BNP, CRP) |
| **Pneumo** | ☐ Scanner thoracique ☐ Gaz du sang ☐ Test d’hyperventilation ☐ EFR  | **Neuro** | ☐ ECG ☐ Scanner cérébral ☐ EEG ☐ Exploration neuropsychologique |
| **Cardio** | ☐ ECG ☐ IRM ☐ Coronarographie ☐ autre :  | **Réadaptation** | ☐ Test de marche de 6’☐ Exploration masse musculaire ☐ VO2 ☐ autre : |
| **Divers** |  |

Résultats des examens déjà réalisés à joindre si possible

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 5 avec un remplissage uni** | **Éléments cliniques** |

**Symptômes initiaux et actuels :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Symptômes** | **Initiaux** | **Actuels** | **Commentaires éventuels** |
| Anosmie-agueusie | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Fièvre | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Céphalée  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Fatigue  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Troubles de la mémoire ou de l’attention | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Myalgie  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Dyspnée  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Toux  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Douleurs thoraciques  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Diarrhée  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Odynophagie  | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Dénutrition | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Anxiété | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Dépression | £ OUI £ NON | £ OUI £ NON |  |
| Autres |  |  |  |

* Poids actuel :
* Modification de poids récente :
* Fréquence cardiaque :
* PA :
* Hypotension artérielle orthostatique : £ OUI £ NON £ ne sais pas
* Fréquence respiratoire au repos :
* En cas de dyspnée ou de tachypnée, SpO2 au repos et à l’effort (test au cours duquel le patient se lève et s’assoie d’une chaise durant 1 min, avec surveillance de SpO2)
	+ Au repos
	+ A l’effort si besoin
* Demande spontanée d’un suivi psychologique : £ OUI £ NON

Nous vous remercions.