

# Questionnaire médical d'inclusion post-Covid

à compléter par votre médecin ou par le médecin hospitalier

 **Merci de joindre :**

- la copie des examens disponibles (EFR, bilan cardio...)
- la prescription de kinésithérapie

## Identité du patient

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....  
 Adresse : ..... CP / Ville : .....

## Historique / antécédents

- Date de la contamination COVID: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Hospitalisation :  oui  non Réanimation :  oui  non
- psychiques      dépression actuelle :  oui  non      anxiété actuelle :  oui  non      suivi :  oui  non
- respiratoires      pathologie : .....
- oxygénothérapie :  de repos  de déambulation
- date de la dernière vaccination antigrippale : ..... / ..... / .....
- tabagisme      ..... paquets / année  sévère  non sévère
- cardiovasculaires       HTA traitée  coronaropathie  trouble du rythme/de la conduction  AOMI
- autres : .....
- traitement en cours : .....

## Examen clinique

TA : ..... / .....

poids : ..... kg       prise de poids récente       perte de poids récente      cause : .....

taille : ..... m

## Examens paracliniques

- bilan pneumologique (EFR, consultation...)      nom du pneumologue : ..... Ville : .....
- bilan cardiologique (ETT, ECG...)      nom du cardiologue : ..... Ville : .....

## Symptômes décrits par le patient

- troubles locomoteurs       dyspnée       toux       douleurs thoraciques
- douleurs articulaires       diarrhée       malaise post-exercice       troubles du sommeil
- troubles de la mémoire       troubles de la concentration       autre : .....

## Objectifs de prise en charge thérapeutique

- kinésithérapie respiratoire
- diminution de l'anxiété
- autre : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

Cachet :


