


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 :

