
QUESTIONNAIRE DE COVID PERSISTANTE

Service de Médecine Physique et Réadaptation

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : TÉLÉPHONE :
AGE : TAILLE : POIDS :

Antécédents notables

Date des premiers symptômes Covid-19

Gravité de la maladie	Domicile		Hôpital	Réanimation	
Suivi en pneumologie	Oui	Non	Suivi en neurologie	Oui	Non
Suivi Cardiologie	Oui	Non	À l'Hôpital Foch	Oui	Non

Date de début des symptômes post-covid :

Symptômes en Covid aiguë initiale

Essoufflement au moindre effort	Oui	Non
Oppression thoracique	Oui	Non
Douleurs musculaires	Oui	Non
Mal de tête	Oui	Non
Vertiges	Oui	Non
Perte du goût ou de l'odorat	Oui	Non
Fatigue inhabituelle	Oui	Non
Troubles de la concentration	Oui	Non
Troubles digestifs (diarrhées, brûlures d'estomac...)	Oui	Non

Symptômes persistants actuellement

Essoufflement au moindre effort	Oui	Non
Oppression thoracique	Oui	Non
Douleurs musculaires	Oui	Non
Mal de tête	Oui	Non
Vertiges	Oui	Non
Perte du goût ou de l'odorat	Oui	Non
Fatigue inhabituelle	Oui	Non
Troubles de la concentration	Oui	Non
Troubles digestifs (diarrhées, brûlures d'estomac...)	Oui	Non

Traitement(s) pris actuellement :

Avez-vous pris pour soigner votre Covid persistante :

Colchicine	Oui	Non
Aspirine	Oui	Non
Corticoïdes	Oui	Non
Béta-bloquants	Oui	Non
Pulvérisateur anti asthme	Oui	Non

Avez-vous déjà fait des séances de rééducation pour votre Covid persistante ?

Kiné respiratoire	Oui	Non
Kiné de reconditionnement à l'effort	Oui	Non
Ostéopathie	Oui	Non
Acupuncture	Oui	Non

Avez-vous cessé votre activité professionnelle à cause de la Covid ? Oui Non

< 1 mois

1 à 3 mois

> à 3 mois

actuellement en arrêt

Score NIJMEGEN

Score PCLS

Score assis-debout 30 secondes

Variation poids Covid aigu

Commentaires