

**Coordonnées de la personne :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Nom de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_  
**Age :** \_\_\_\_\_ **Taille :** \_\_\_\_\_ **Poids :** \_\_\_\_\_ **Perte de poids : .....** kg

**Coordonnées de médecin traitant :**

Nom : Prénom : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Mail sécurisé : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du demandeur :**

Médecin traitant  Médecin spécialiste   
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Ville/ Etablissement : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Mail sécurisé : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS**

- HTA
- Insuffisance respiratoire chronique
- Obésité
- Antécédents neurologiques/cognitifs
- Cancer
- Diabète
- ATCD psychiatriques
- Autres :

**VACCINATION COVID-19**

**Vacciné :**    Oui                      Non

**Date :** .....

**Date :** .....

**Date :** .....

**Date :** .....

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

Diagnostic confirmé positif :  OUI  NON

Si oui :

- Date :
- Type de test réalisé : PCR / Test Antigénique le dernier / Sérologie

Date des premiers symptômes Covid-19 :

Prise en charge de la maladie  Domicile  Hôpital  Réanimation

Suivi en pneumologie  Oui  Non Suivi en neurologie  Oui  Non

Suivi Cardiologie  Oui  Non Suivi dans un centre hospitalier  Oui  Non

### SYMPTOMES INITIAUX

- Fatigue
- Céphalées
- Vertiges
- Fourmillements dans les mains/extrémités
- Perte gout/odorat
- Dyspnée à l'effort/essoufflement
- Douleurs thoraciques
- Palpitations
- Douleurs
- Toux
- Anxiété
- Troubles digestifs
- Lésions cutanées
- Symptômes de
- Stress post traumatique
- Troubles oculaires

### SYMPTOMES PERSISTANTS

- Fatigue
- Céphalées pointes de céphalées
- Vertiges
- Difficultés concentration/mémoire/attention
- Fourmillements dans les mains/extrémités
- Perte gout/odorat
- Dyspnée à l'effort/essoufflement
- Douleurs thoraciques
- Douleurs
- Toux
- Troubles dépressifs, anxieux
- Troubles du sommeil
- Troubles digestifs, dénutrition
- Lésions cutanées
- Chute de cheveux
- Troubles de l'audition, acouphènes
- Troubles oculaires
- Troubles somatiques fonctionnels

### PRISE EN CHARGE COVID LONG :

- Suivi médecin généraliste
- Demande ALD faite : oui non si oui laquelle :
- Prise en charge par un ou des spécialistes
- Diététicien
- Kinésithérapeute ou Activité Physique Adaptée (APA)
- Orthophoniste
- Psychologue ou Psychiatre
- Assistante sociale
- Aucune
- ORL
- Autre (veuillez préciser) :

---

**EXAMENS REALISES :**

- TDM ( scanner)     EFR     Bilan sanguin     Tepscanner     Scintigraphie  
 Autres

**Traitement médicamenteux/compléments alimentaires :**

**Avez-vous cessé votre activité professionnelle à cause du covid :**  Oui     Non

**Avez-vous eu un rendez-vous avec la médecine du travail :**  Oui     Non

**Avez-vous des difficultés dans votre prise en charge :**

- Difficultés familiales, sociales
- Difficultés financières liées au coût de la prise en charge médicale
- Difficultés financières liées à un arrêt de travail ou perte d'emploi
- Difficultés psychologiques (dépression, angoisse, isolement,)
- Autre(s) (veuillez préciser)
- Aucune

---

**COMMENTAIRES :**

# CELLULE DE COORDINATION COVID LONG

DAC VAR EST

---

## CONSENTEMENT A L'UTILISATION D'INFORMATION ENTRE PARTENAIRES

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

La Cellule de coordination Covid Long, vous propose un interlocuteur référent, coordonnateur de parcours de santé pour vous accompagner et faciliter la coordination des professionnels, dans le cadre de votre parcours de prise en charges de vos symptômes de covid long.

**J'autorise la Cellule de Coordination Covid Long** composée exclusivement de professionnels de santé à recueillir et à échanger, dans la plus grande confidentialité, les informations utiles me concernant.

**Je consens** à ce que ces informations fassent l'objet d'un traitement informatique, dans l'objectif d'assurer un suivi individualisé, adapté à mon égard selon la RGPD ( Règlement général sur la protection des données).

Clauses particulières :

FAIT A .....le.....

Signature de la personne suivie ou du représentant légal