

Canevas d'évaluation COVID-Longue :

HMA

HMA : _____

Questions spécifiques:

- Date d'infection initiale : _____
- Liste des sx initiaux et intensité (EVA 0-10) : _____

- Évolution des sx initiaux (intensité, durée des sx, quels sx ont disparus, lesquels sont restés?) : _____

- Tx reçus : _____
- Hospitalisation Oui Non _____
- Ventilation mécanique Oui Non _____
- Liste des sx COVID-Longue et intensité (EVA 0-10) : _____

- CA ou ATCD: _____
- Résultats tests médicaux passés ou à venir : _____

- Impact AVQ/AVD
 - Communication (chercher ses mots) : _____
 - Mobilité (marche, conduite) : _____
 - Entretien personnel : _____
 - Activités domestiques : _____
 - Activités et relations avec autrui : _____
- Travail
 - Arrêt de travail: _____
 - Tentatives de retour au travail Oui Non Nombre : _____
- Loisirs : _____

- Environnement physique/social : _____



Subjectif

Sx systémiques

- Fatigue Oui Non, Physique, Cognitif, Émotionnel
 - Augmenté par : activité physique, cognitive, émotionnelle

 - Diminué par : _____
 - Fatigue actuelle VS avant covid : _____
 - Qu'est-ce qui arrive quand vous essayez de combattre la fatigue et de continuer :

 - Sx précurseurs fatigue : _____
- PEM: Questions de dépistage :
 - Vous est-il déjà arrivé de vivre un « crash », une rechute ou un épuisement après une activité physique ou mentale que vous tolérez avant? Oui Non
- PEM Oui Non
 - Déclenchés par effort : Physique, Cognitif, Émotionnel. Ex : _____
 - Sx précurseurs PEM : _____
 - Délai apparition sx : _____
 - Durée du PEM: _____
 - Sx qui indiquent PEM : _____
- Fièvre Oui Non
- Faiblesse Oui Non
 - Locale : _____
 - Générale: _____

Sx sommeil

- Insomnie Oui Non
- Sommeil réparateur Oui Non
- Autre : _____

Sx respiratoires

- Dyspnée Oui Non
 - Présente au repos à l'effort
- Toux Oui Non
 - Expectorations Oui Non Couleur : _____ Qté: _____
Odeur : _____
 - Sang dans les expectorations Oui Non
- Difficultés à respirer Oui Non
- Bruits à la respiration Oui Non



Sx cardio-vasculaire

- Palpitations Oui Non
 - Surviennent à quel moment : _____
- Tachycardie Oui Non
 - Surviennent à quel moment : _____
- Orthostatisme Oui Non
 - Sx associé : _____
 - Tête légère, étourdissements
 - Chgt position : _____
- Dlr poitrine: Au repos, à l'activité physique
- Dlr thoracique Oui Non
- Évanouissements Oui Non

Sx musculosquelettiques

- D1 :
 - Localisation : _____
 - Description : _____
 - Intensité : _____
 - Augmenté par : _____
 - Diminué par : _____
 - Horaire : _____
- D2 :
 - Localisation : _____
 - Description : _____
 - Intensité : _____
 - Augmenté par : _____
 - Diminué par : _____
 - Horaire : _____
- D3 :
 - Localisation : _____
 - Description : _____
 - Intensité : _____
 - Augmenté par : _____
 - Diminué par : _____
 - Horaire : _____



Sx neurologiques

- Picotements Oui Non Région: _____
- Engourdissement Oui Non Région: _____
- Chocs électriques Oui Non Région: _____
- Sensibilité: Lumière, Écrans, Bruit

Sx ORL

Nez/gorge : **avez-vous remarqué des changements au niveau de votre goût? De votre odorat?**

- Perte de l'odorat Oui Non
- Perte du goût Oui Non
- Parosmie Oui Non

Étourdissements :

- Étourdissements Oui Non
- Vertiges Oui Non
- Crises Oui Non Nombre : _____
- Trauma récent Oui Non _____
- Déclencheur : _____
- Durée : _____

Oreille : **Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre ouïe?**

- Acouphène/bourdonnement/diminution ouïe Oui Non
- Dlr oreille Oui Non

Yeux : **Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre vision?**

- Vision embrouillée Oui Non

Tête :

- Céphalée Oui Non

Scan NC :

- Diminution de la vue Oui Non
- Vision double Oui Non
- Vision voilée Oui Non
- Sensations visage bien senties Oui Non _____
- Dysarthrie Oui Non
- Dysphagie Oui Non
- Nausées Oui Non



Sx cognitifs

- Diminution tolérance: Lecture, Écriture, Rapports sociaux
- Brouillard mental Oui Non
- Confusion/désorientation Oui Non
- Troubles de concentration Oui Non
- Difficulté multi-tâche Oui Non
- Difficulté prise de décision/résolution problèmes Oui Non

Sx émotionnels

Avez-vous remarqué des changements au niveau de vos émotions?

- Anxiété Oui Non
- Irritable Oui Non
- Dépression Oui Non
- Gestion émotions : _____

Sx gastro-intestinaux

Avez-vous des problèmes au niveau de la digestion/estomac?

- Diarrhée Oui Non
- Constipation Oui Non
- Troubles de l'appétit Oui Non
 - Nutrition : _____
- Apport liquidien quotidien : _____
- Dlr abdominale Oui Non
- RGO Oui Non
- Vomissements Oui Non



Sx reproductif, génito-urinaire et endocrinien

Avez-vous remarqué de changements a/n génital/ urinaire/ cycle menstruel?

- Soif extrême Oui Non
 - Problèmes/irrégularités cycle menstruel Oui Non _____
 - Dysfonction sexuelle Oui Non
 - Changement a/n activités sexuelles Oui Non _____
 - Incontinence urinaire Oui Non
 - Fréquence : _____
 - Abondance : _____
 - Circonstances/éléments déclencheurs : _____
- Toux Éternuement Rire Transfert
- Marche Poids lourds Sauts Course
- Sports Relations sexuelles Bruits du robinet Clefs dans la porte
- Mains dans l'eau Pieds froids Lever de la toilette Soulever coquille
- Autre : _____
- Autres détails : _____
- Moment de la journée : _____
- Douleur pelvi-périnéale: _____



Objectif Symptômes systémiques

Échelle DePaul* (Annexe 3)

Question #	Fréquence /4	Sévérité /4
1		
2		
3		
4		
5		

Question 6 : Oui Non

Question 7 : Oui Non

Question 8 : Oui Non

Question 9 : _____

Question 10 : Oui Non

Fatigue severity scale (Annexe 4)

Score : _____

Bilans musculaires

Préhension au JAMAR :

Autres :

Sommeil

Insomnia severity index (Annexe 5)

Item 1.a : __/4	Item 3 : __/4
Item 1.b : __/4	Item 4 : __/4
Item 1.c : __/4	Item 5 : __/4
Item 2 : __/4	Score total : __/28

Symptômes cardio-respiratoires

Échelle de BORG*

Noter pour les tests effectués : Résultat, S.V. au repos pré et Borg, S.V. post et Borg :

30s STS*: _____

2MWT*: _____

5 STS : _____

1'StS : _____

6MWT: _____

Step test 2 min : _____

Patron respiratoire* : _____



Signes vitaux (FR, FC, TA, Sa)

Saturation : 1'StS, 2'Step test, 6MWT, diminution de $\geq 5\%$ ou Sa $< 90\%$ pour pt sans pathologie pulmonaire connue, ou Sa $< 88\%$ pour pt avec pathologie connue

FC : Repos = _____ Effort = _____

TA : Repos = _____ Effort = _____

FR : Repos = _____ Effort = _____

Sa : Repos = _____ Effort = _____

Dépistage HTO* (Annexe 6)

	Tension artérielle (TA)		Commentaires
	Systolique	Diastolique	
Décubitus dorsal (DD) 5 minutes			
Debout 0 minute			
Debout 2 minutes			
Debout 5 minutes			

Dépistage POTS* (Annexe 7)

NASA-Lean-Test

	Tension artérielle (TA)		Pouls	Commentaires
	Systolique	Diastolique		
Décubitus dorsal (DD) 1 minute				
DD 2 minutes				
Debout 0 minute				
Debout 1 minute				
Debout 2 minutes				
Debout 3 minutes				
Debout 4 minutes				
Debout 5 minutes				
Debout 6 minutes				
Debout 7 minutes				
Debout 8 minutes				
Debout 9 minutes				
Debout 10 minutes				



Mobilité rachis*

Souplesse MS

Expansion thoracique : _____

Toux : _____

Auscultation : _____



Symptômes musculosquelettiques

Examen musculosquelettique (Examen sommaire QS* et QI*)

ROM

The diagram shows three identical ROM assessment templates for Cervical, Thoracic, and Lumbar regions. Each template consists of a central point with five arrows pointing to the following labels: F (Flexion), E (Extension), LFG (Left Flexion/Glance), LFD (Right Flexion/Glance), and RD (Right Deviation). The labels RG (Right Glance) are also present on the horizontal axis.



Symptômes neurologiques – ORL - Cognitifs

Tests de neurodynamique

VOMS :



Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice

Dépistage Vestibulo-Oculomoteur (VOMS)

VOMS	Non testé	Céphalée 0-10	Étourdissements 0-10	Nausée 0-10	Sensation d'être dans le brouillard (Fogginess) 0-10	Commentaires
Symptômes de base	N/A					
Poursuite visuelle						
Saccades – Horizontales						
Saccades – Verticales						
Point de convergence						(cm) 1 ^{ère} mesure : 2 ^e mesure : 3 ^e mesure :
ROV – Horizontal						
ROV – Vertical						
Sensibilité visuelle au mouvement						



Examen des NC

Scan cervical



Examen neurologique

Berg : score : _____

TUG : score : _____

Examen vestibulaire



Changements au niveau émotif

Inventaire de dépression de Beck (Annexe 9)

Résultat : _____

COQ (idées suicidaires) (Annexe 10)

Niveau de risque : _____

Symptômes génito-urinaires, endocriniens

Examen en rééducation périnéale

Nom : _____

DDN : _____

Analyse et plan de traitement

Impression clinique :

Liste de problèmes et plan de traitement :

#	Déficiences/limitations/restrictions (priorisation)	Modalités de traitement
	PEM actifs	<input type="checkbox"/> Conseils/Éducation : Identifier PEM, Sx précurseurs <input type="checkbox"/> Intégrer dosage, segmentation, repos, éviter PEM <input type="checkbox"/> Via :
	<input type="checkbox"/> Fatigue/ <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil/ Diminution endurance <input type="checkbox"/> Physique ou <input type="checkbox"/> Cognitive	<input type="checkbox"/> Dosage <input type="checkbox"/> Techniques relaxation, <input type="checkbox"/> Hygiène sommeil <input type="checkbox"/> Conseils : _____ <input type="checkbox"/> Via :
	<input type="checkbox"/> Brouillard mental/ <input type="checkbox"/> Trouble concentration Diminution tolérance : <input type="checkbox"/> Lecture, <input type="checkbox"/> Écriture, <input type="checkbox"/> Rapports sociaux, <input type="checkbox"/> Lumière, <input type="checkbox"/> Écrans, <input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Exposition graduelle <input type="checkbox"/> Rééducation oculaire <input type="checkbox"/> Coquilles, Bouchons, Cache-yeux, Filtre lumière bleue <input type="checkbox"/> Conseils : _____ <input type="checkbox"/> Via :
	<input type="checkbox"/> Dyspnée/ <input type="checkbox"/> Sensation restriction respiratoire	<input type="checkbox"/> Exercices respiration : _____ <input type="checkbox"/> Inspirométrie <input type="checkbox"/> Via :



<input type="checkbox"/> Toux/ <input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Technique Huffing <input type="checkbox"/> Drainage autogène, <input type="checkbox"/> Cycle actif de respiration <input type="checkbox"/> Exercices respiration : _____ <input type="checkbox"/> Modalité de dégagement : _____ <input type="checkbox"/> Appareil de dégagement : _____ <input type="checkbox"/> Via :
<input type="checkbox"/> Pression thoracique/ <input type="checkbox"/> Dlr thoracique	<input type="checkbox"/> Modalités antalgiques : <input type="checkbox"/> Via :
<input type="checkbox"/> Tachycardie/ <input type="checkbox"/> Orthostatisme	<input type="checkbox"/> Bas compressifs <input type="checkbox"/> Exercices : _____ <input type="checkbox"/> Exposition graduelle <input type="checkbox"/> Via :
Diminution ROM rachis (<input type="checkbox"/> Cx, <input type="checkbox"/> Thx, <input type="checkbox"/> Lx) / <input type="checkbox"/> QS, <input type="checkbox"/> QI	<input type="checkbox"/> Exercices de mobilisations actives, <input type="checkbox"/> Flexibilité <input type="checkbox"/> PROM, <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle <input type="checkbox"/> Techniques de tissus mous <input type="checkbox"/> Via :
<input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire/ <input type="checkbox"/> Diminution endurance musculaire	<input type="checkbox"/> Exercices de renforcement, <input type="checkbox"/> Fonctionnels <input type="checkbox"/> Via :
Douleur au rachis (<input type="checkbox"/> Cx, <input type="checkbox"/> Thx, <input type="checkbox"/> Lx), <input type="checkbox"/> QS, <input type="checkbox"/> QI	<input type="checkbox"/> Modalités antalgiques : <input type="checkbox"/> Via :
Céphalées	<input type="checkbox"/> Via :
<input type="checkbox"/> Étourdissements/ <input type="checkbox"/> Vertiges/ <input type="checkbox"/> N°/V°	<input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire, <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Habituation, <input type="checkbox"/> Exposition graduelle <input type="checkbox"/> Via :



	Mécanosensibilité neurale au <input type="checkbox"/> QS ou <input type="checkbox"/> QI	<input type="checkbox"/> Mobilisations neurales <input type="checkbox"/> Via :
	<input type="checkbox"/> Problèmes urinaires/ <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> urinaire, <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> Dlr pelvi-périnéale/ <input type="checkbox"/> Trouble de la fonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale <input type="checkbox"/> Conseils : _____ <input type="checkbox"/> Via :
	Limitations AVQ/AVD	<input type="checkbox"/> Exposition graduelle <input type="checkbox"/> Via
	Restriction de RAT	<input type="checkbox"/> Retour graduel
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Suivi en Présentiel, en Télé réadaptation, hybride

Référence à un autre professionnel : _____ Pour déficiences # _____

Référence à un autre professionnel : _____ Pour déficiences # _____

Nom : _____

DDN : _____

Autres Limitations et Restrictions :

-
-
-

Objectifs généraux :

- Connaître et savoir utiliser l'échelle des symptômes (BORG et échelle des symptômes)
- Reconnaître et identifier les facteurs précipitants des PEM; savoir les éviter par intégration du dosage.
- Capacité du patient/de la patiente à progresser ses activités en fonction de ses symptômes.
- Reprise des activités significatives

Objectifs spécifiques :

-
-
-

Fréquence des suivis : _____

Interventions faites ce jour :

Évaluation post-intervention :

Signature du thérapeute : _____

Date de l'évaluation : _____

Annexe 1 : Diagramme

