



Document de référence

L'évaluation en physiothérapie de la COVID longue

Présenté par Alexanne Groleau et Nicolas Rigali
Stagiaires de 4^e année en physiothérapie à l'Université de Sherbrooke

Dans le cadre de leur stage de recherche clinique
À la Clinique Universitaire de réadaptation de l'Estrie - CURE
Et au laboratoire sur la santé musculosquelettique en soins primaires

Révisé et encadré par
Frédérique Daigle, pht, M.Sc.
Simon Décary, pht, Ph.D.

Décembre 2021



**Université de
Sherbrooke**

Document d'évaluation pour la COVID-Longue

Table des matières :

INTRODUCTION :	3
COMMENT UTILISER LE CANEVAS D'ÉVALUATION :	3
RÉFÉRENCES DU CANEVAS D'ÉVALUATION :	4
DRAPEAUX ROUGES :	5
DRAPEAUX JAUNES :	5
PRÉCAUTIONS :	5
CANEVAS D'ÉVALUATION COVID-LONGUE :	6
HMA	6
SUBJECTIF	7
OBJECTIF	12
ANALYSE ET PLAN DE TRAITEMENT	21
ANNEXE 1 : DIAGRAMME	25
ANNEXE 2 : YORKSHIRE C-19	26
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DEPAUL	30
ANNEXE 4 : FATIGUE SEVERITY SCALE	32
ANNEXE 5 : INSOMNIA SEVERITY INDEX	33
ANNEXE 6 : DÉPISTAGE DE L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (HTO)	34
ANNEXE 7 : DÉPISTAGE DU POSTURAL ORTHOSTATIC TACHYCARDIA SYNDROME (POTS)	35
ANNEXE 8 : DÉPISTAGE VESTIBULO-OCULOMOTEUR (VOMS)	36
ANNEXE 9 : INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK	37
ANNEXE 10 : GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE (COQ)	38
RÉFÉRENCES :	39

Introduction :

Le canevas d'évaluation présenté dans ce document a pour objectif de guider les physiothérapeutes dans l'évaluation subjective (HMA et subjectif) et objective des patients atteints de la COVID-Longue. Le canevas permet ainsi aux physiothérapeutes de récolter des informations essentielles pour établir le profil complet du patient et, de cette manière, guider la prise décisionnelle en matière de traitement (traiter et/ou référer).

Le diagramme (Annexe 1), quant à lui, est une représentation visuelle abrégée qui résume le contenu du canevas d'évaluation et se veut plus intuitif et facile d'utilisation. En cas de questionnement ou d'un besoin de plus d'informations, se référer au canevas d'évaluation qui est beaucoup plus complet.

Avant de débiter l'évaluation en physiothérapie, le questionnaire Yorkshire C-19¹⁻³ (Annexe 2) peut être rempli par le patient à la maison afin de dépister les symptômes de la COVID-Longue présents chez ces individus.

Comment utiliser le canevas d'évaluation :

L'Histoire médicale actuelle (HMA) comprend les questions spécifiques à poser à la clientèle COVID-Longue. Le physiothérapeute doit donc inclure les questions normalement posées dans la HMA à cette section (ex : conditions associées, médicaments, autres professionnels consultés, etc.) L'examen subjectif, quant à lui, comporte des questions sur tous les systèmes qui peuvent être impliqués dans la COVID-Longue. De plus, certaines sections, principalement celles qui nécessitent une référence à un autre professionnel, comportent une question dite de « dépistage » (en rouge) qui sert à déterminer si le système est impliqué dans le portrait global du patient et s'il doit être investigué davantage.

Dans le subjectif, plusieurs questions portent sur le « post-exertional malaise » (PEM) qui est une des caractéristiques principales de la COVID-Longue⁴. Il est donc essentiel de savoir que le PEM est une exacerbation disproportionnée de l'épuisement (fatigue, insomnie), de difficultés cognitives (concentration, mémoire, accès lexical) ou d'anomalies neuromusculaires (douleur musculaire/ articulaire/ neuropathique, faiblesse), sous forme de crise, qui apparaît 0 à 48h après un effort physique, cognitif ou émotionnel mineur. Le PEM peut durer de 24h à 7 jours ou plus et interfère grandement avec le rythme de vie normal (fonction, qualité de vie) des personnes en souffrant⁵.

En ce qui concerne l'examen objectif, les tests en gras représentent les tests principaux de chaque catégorie de symptômes puisqu'ils sont les plus significatifs pour le physiothérapeute et fournissent des informations pertinentes dans la prise en charge qui en découle. De plus, les tests objectifs qui sont suivis d'une étoile composent une banque de tests objectifs prioritaires devant faire partie de l'évaluation minimale. Cela dit, le jugement du thérapeute est essentiel dans la sélection des tests en fonction du profil du patient et des informations récoltées dans l'évaluation subjective. Par exemple, plusieurs options sont proposées pour tester la capacité cardiovasculaire (5 STS, 1'StS, 30s STS, 2MWT, 6MWT, step test 2 min). Ainsi, il en revient au

physiothérapeute de choisir le meilleur test selon l'évaluation subjective du patient (capacités et limitations, présence de PEM ou pas). En effet, il faut rester vigilant à l'utilisation de tests d'efforts plus exigeants (tel que le 6MWT) qui pourraient représenter une surcharge énergétique importante et une activité à risque élevée de PEM chez certains individus atteints de la COVID-Longue.

Ainsi, l'évaluation de la clientèle atteinte de la COVID-Longue requiert l'exploration de nombreux systèmes. Par son contexte de pratique, le physiothérapeute a la possibilité de dépister les signes et symptômes de tous ces systèmes lui permettant d'établir le profil du patient et ainsi mieux référer, si besoin, et fournir les informations utiles aux autres professionnels de l'équipe. En effet, plusieurs systèmes sortent du champ de compétence du physiothérapeute, il est donc recommandé de référer au professionnel adéquat (ergothérapeute, médecin, psychologue, nutritionniste, etc.) lorsque nécessaire. Par exemple, lorsque des symptômes ou des signes cliniques soulèvent des drapeaux jaunes ou rouges et qu'ils n'ont pas été investigués dans le passé, la référence au médecin est indiquée. De plus, en raison de l'implication des volets systémique, cognitif, émotif et du sommeil, il faut garder en tête que la collaboration ergothérapeute-physiothérapeute est un incontournable dans la prise en charge d'une clientèle COVID-Longue.

Références du canevas d'évaluation :

Les références qui ont servi à construire les différentes sections du canevas d'évaluation sont les suivantes. Nous les rassemblons ici dans un souci d'alléger la portion « canevas » qui peut être utilisée seul à des fins de collecte de données cliniques.

- HMA^{6,7}
- Subjectif^{4,8}
- Objectif^{3,4,6,7,10}
- Analyse et plan de traitement^{8,10,11,12}
- Annexe 2 : Yorkshire C-19¹⁻³
- Annexe 3 : Questionnaire DePaul^{13,14}
- Annexe 4 : Fatigue severity scale^{10,15}
- Annexe 5 : Insomnia severity index^{10,16}
- Annexe 6 : Dépistage HTO¹⁰
- Annexe 7 : Dépistage POTS¹⁷
- Annexe 8 : VOMS¹⁸
- Annexe 9 : Inventaire de dépression de Beck^{14,15}
- Annexe 10 : COQ²¹.

Drapeaux rouges :

Voici une liste non exhaustive de drapeaux rouges pouvant être notés lors de l'évaluation des patients atteints de COVID longue. En cas de drapeau rouge, le physiothérapeute peut collecter les données nécessaires et référer au professionnel pertinent.

- Douleur à la poitrine ou serrement ou aggravation de dlr à la poitrine non investiguée (investigation médicale ou urgence)
- Palpitations cardiaques non investiguées (investigation médicale ou urgence)
- Désaturation post effort non investiguée (1'StS, 2'Step test, 6MWT, diminution de $\geq 5\%$ ou Sa $< 90\%$ pour pt sans pathologie pulmonaire connue, ou 88% pour pt avec pathologie connue, référer investigation ou réadaptation pulmonaire. Pour patiente enceinte Sa $< 95\% =$ urgence)
- COQ qui révèle un haut risque de suicide²¹
- Sx non investigués: fièvre persistante, hémoptysie, syncope

Drapeaux jaunes :

Voici une liste non exhaustive de drapeaux jaunes pouvant être notés lors de l'évaluation des patients atteints de COVID longue. Les drapeaux jaunes sont des facteurs qui limitent le pronostic du patient et requièrent une surveillance de la part du physiothérapeute

- PEM récurrents
- Facteurs psychosociaux
- Troubles de sommeil

Précautions :

Finalement, nous vous présentons une liste non exhaustive de conditions ou symptômes souvent présents chez les patients COVID longue nécessitant de mettre en place les précautions nécessaires pour adapter l'évaluation et le traitement des patients.

- PEM (positif au DePaul = activité physique sous le seuil des sx, effort gradé est délétère, réévaluer)
- Myocardite ou maladie cardio-vasculaire connue (orienter le traitement selon les recommandations du cardiologue. Pour les patients jeunes et actifs = activités sous mobilité fonctionnelle de base pour 3-6 mois, sauf si autres indications du cardiologue)
- POTS (Augmentation soutenue de ≥ 30 bpm VS la base ou ≥ 120 bpm, dans les premières 10 min en position debout, référer à des soins primaires pour investigation et dx = table inclinée, ECG, Echo, IRM)
- FC augmenté (Monitorer FC à l'exercice et FC retour au calme)
- HTO (Diminution TAS > 20 mmHg ou TAD > 10 mmHg VS la base dans les 3 min en position debout, référer à des soins primaires ou au pharmacien si très limitant)
- Confusion



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
 - Expectations Oui Non Couleur : _____ Qté: _____
Odeur : _____
 - Sang dans les expectations 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 : _____

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Éternuement | <input type="checkbox"/> Rire | <input type="checkbox"/> Transfert |
| <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Poids lourds | <input type="checkbox"/> Sauts | <input type="checkbox"/> Course |
| <input type="checkbox"/> Sports | <input type="checkbox"/> Relations sexuelles | <input type="checkbox"/> Bruits du robinet | <input type="checkbox"/> Clefs dans la porte |
| <input type="checkbox"/> Mains dans l'eau | <input type="checkbox"/> Pieds froids | <input type="checkbox"/> Lever de la toilette | <input type="checkbox"/> 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

Cervical	Thoracique	Lombaire



Symptômes neurologiques – ORL - Cognitifs

Tests de neurodynamique

VOMS :



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 :



Membre du réseau d'enseignement de l'Université de Sherbrooke

	<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 : _____

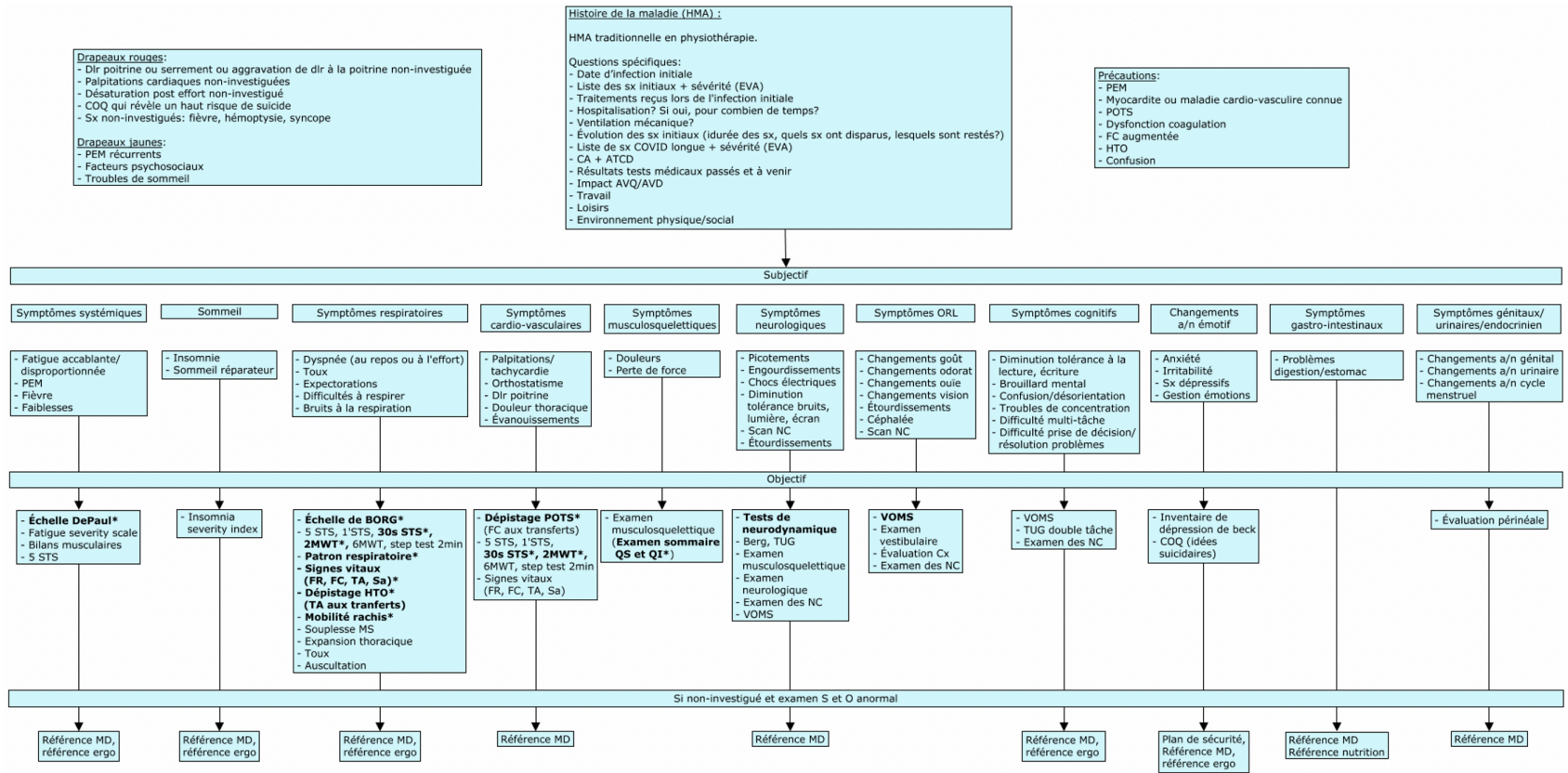
Interventions faites ce jour :

Évaluation post-intervention :

Signature du thérapeute : _____

Date de l'évaluation : _____

Annexe 1 : Diagramme



Annexe 2 : Yorkshire C-19

Pour la licence originale du Yorkshire C-19 : <https://licensing.leeds.ac.uk/product/c19-yrs-covid-19-yorkshire-rehabilitation-scale>; Référence pour l'outil : ¹⁻³

Version adaptée par le CISSS-Montérégie ouest :

DÉPISTAGE COVID LONGUE YORKSHIRE

À utiliser pour documenter les besoins de réadaptation de la COVID longue

Explications :													
Je vais vous poser quelques questions sur la façon dont vous pourriez avoir été affecté(e) depuis votre maladie. S'il y a d'autres façons dont vous avez été affecté(e), alors il y aura une chance de me les faire savoir à la fin.													
1.	Essoufflement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun essoufflement, et 10 étant extrêmement essoufflé(e), comment êtes-vous essoufflé(e)?												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
	Au repos présentement	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au repos pré-COVID	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En s'habillant présentement	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En s'habillant pré-COVID	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En montant les escaliers présentement	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En montant les escaliers pré-COVID	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Complications laryngées / voies respiratoires : Avez-vous développé des changements dans la sensibilité de votre gorge comme une toux gênante ou une respiration bruyante? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
	Évaluez l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)												
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10		
3.	Voix : Est-ce que vous ou votre famille avez remarqué des changements dans votre voix, comme de la difficulté à être entendu(e), une altération de la qualité de la voix, votre voix est fatiguée à la fin de la journée, ou une incapacité à modifier la tonalité de votre voix? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
	Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)												
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10		
4.	Avaler : Avez-vous de la difficulté à manger, à boire ou à avaler, comme tousser, s'étouffer ou éviter de manger ou de boire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
	Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)												
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10		

5.	Nutrition : Êtes-vous ou votre famille préoccupé(e) par une perte de poids ou des problèmes nutritionnels persistants à la suite de la COVID-19? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Veuillez classer votre appétit ou votre intérêt à manger sur une échelle de 0 à 10 depuis la COVID-19 (0 étant le même que d'habitude / aucun problème, 10 étant des problèmes / réduction très graves) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
6.	Mobilité : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez en marchant? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de marcher)
	Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
7.	Fatigue : Vous fatiguez-vous plus facilement qu'avant votre maladie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Dans quelle mesure cela affecte-t-il votre mobilité, vos soins personnels, vos activités ou votre plaisir de vivre? (0 n'affectant pas, 10 étant très impactant) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
8.	Soins personnels : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de vos problèmes de soins personnels tels que vous laver et vous habiller? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes soins personnels)
	Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
9.	Continence : Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler vos intestins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler votre vessie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10.	Activités habituelles : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez dans l'exercice de vos activités habituelles, telles que votre rôle domestique, vos activités de loisir, votre travail ou vos études? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes activités habituelles)
	Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

11.	<p>Douleur / inconfort : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité de la douleur ou de l'inconfort que vous ressentez? 0 signifie que je n'ai ni douleur ni gêne, 10 signifie que j'ai une douleur extrêmement intense.</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
12.	<p>Cognition : Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de concentration? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de mémoire à court terme? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
13.	<p>Communication : Votre famille ou vous-même avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous communiquez avec les gens, comme donner un sens aux choses que les gens vous disent, mettre des pensées en mots, avoir des difficultés à lire ou à avoir une conversation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
14.	<p>Anxiété : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de l'anxiété que vous ressentez? 0 signifie que je ne suis pas anxieux, 10 signifie que je suis extrêmement anxieux.</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
15.	<p>Dépression : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de la dépression que vous vivez? 0 signifie que je ne suis pas déprimé, 10 signifie que j'ai une dépression extrême.</p> <p>Présentement <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Pré-COVID <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
16. A	<p>Stress post-traumatique : Avez-vous eu des souvenirs indésirables de votre maladie ou de votre hospitalisation pendant que vous étiez éveillé, sans compter les rêves? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>À quel point ces souvenirs vous dérangent-ils? <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême</p>
16. B	<p>Avez-vous eu des rêves indésirables concernant votre maladie ou votre admission à l'hôpital? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>À quel point ces rêves vous dérangent-ils? <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême</p>



16. C	Avez-vous essayé d'éviter de penser ou de ressentir votre maladie ou votre hospitalisation?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Combien d'efforts faites-vous pour éviter ces pensées ou ces sentiments?		
	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême		
16. D	Pensez-vous actuellement à vous faire du mal de quelque manière que ce soit?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
17.	Santé globale perçue : À quel point votre santé est-elle bonne ou mauvaise? 10 signifie la meilleure santé que vous pouvez imaginer, 0 signifie la pire santé que vous puissiez imaginer.		
	Présentement		
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
	Pré-COVID		
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

Avez-vous expérimenté d'autres nouveaux problèmes depuis votre maladie qui n'ont pas été mentionnés? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Notes du clinicien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Source : *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation (ACNR)*

Complété par l'utilisateur lui-même son représentant professionnel (titre) : Inscrivez le titre professionnel

Signature: _____

Date : _____
aaaa/mm/jj

Annexe 3 : Questionnaire DePaul

Le questionnaire DePaul sert à identifier les PEM (questions 1 à 5) et à dépister le syndrome de fatigue chronique (aussi appelé encéphalomyélite myalgique, questions 6 à 9).^{13, 14}

QUESTIONNAIRE DEPAUL ÉVALUATION DE LA FATIGUE

Pour évaluer le niveau de fatigue dans le cadre du projet Co-Vie.

Questionnaire complété le : _____ aaaa/mm/jj Date du début des symptômes: _____ aaaa/mm/jj
Date du diagnostic: _____ aaaa/mm/jj

Fréquence : Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'un de ces symptômes ?					
0 = Jamais					
1 = De temps en temps					
2 = Environ la moitié du temps					
3 = La plupart du temps					
4 = Tout le temps					
Symptômes	0	1	2	3	4
1. Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fatigué(e) mentalement après le moindre effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Épuisé(e) physiquement ou malade après une activité légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sévérité : Au cours des 6 derniers mois, à quel degré ce symptôme vous a-t-il dérangé?					
0 = Symptôme non présent					
1 = Faible					
2 = Modéré					
3 = Sévère					
4 = Très sévère					
Symptômes	0	1	2	3	4
1. Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fatigué(e) mentalement après le moindre effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Épuisé(e) physiquement ou malade après une activité légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interprétation des 5 premières questions : la question (ex : sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique) est dite positive lorsque les deux scores qui y sont associés (sévérité et fréquence) sont ≥ 2 . On dit qu'il y a présence de PEM actifs lorsqu'au moins une des 5 situations questionnées est positive.

Pour chaque question ci-dessous, choisissez la réponse qui décrit le mieux vos symptômes de malaise post-effort		
6. Avez-vous nécessité d'une à 2 heures pour vous remettre d'une activité extrascolaire, sportive ou d'une sortie avec des amies?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort physique minime?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8. Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort mental?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9. Si vous vous sentez moins bien après des activités, combien de temps cela dure-t-il?	<input type="checkbox"/> Moins ou égale à 1 heure <input type="checkbox"/> 2-3 heures <input type="checkbox"/> 4-10 heures <input type="checkbox"/> 11-13 heures <input type="checkbox"/> 14-23 heures <input type="checkbox"/> Plus de 24 heures	
10. Si vous ne faites pas d'exercice, est-ce parce que l'exercice aggrave vos symptômes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Notation du DSQ-PEM pour le diagnostic EM et/ou de SFC	
Questions 1 à 5	Une fréquence et un score de sévérité de 2, pour l'une des questions 1 à 5, est un indicatif du malaise post-effort.
Question 7 et 8	Soit le point 7, soit le point 8 doit avoir une réponse positive pour indiquer un diagnostic d'EM et/ou de SFC.
Question 9	Une réponse \geq 14 heures est nécessaire pour indiquer un diagnostic d'EM et/ou de SFC.
Question 6 et 10	Aucun de ces points d'indique un diagnostic d'EM et/ou de SFC, mais ils fournissent une description du malaise post-effort chez le patient à des fins d'évaluation clinique.

Interprétation ou commentaires

Complété par : _____ Date : _____
Signature et titre aaaa/mm/jj

Annexe 4 : Fatigue severity scale

Références pour l'outil : ^{10,15,22}

Fatigue Severity Scale

Dans la semaine qui vient de s'écouler, pour chacune des propositions, cochez un seul score :

1 : Cette affirmation ne me correspond pas (dans la semaine qui vient de s'écouler)



7 : Cette affirmation me correspond tout à fait (dans la semaine qui vient de s'écouler)

Ne me correspond pas \longrightarrow Me correspond tout à fait



Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:		SCORE						
FSS1	Je me sens moins motivé du fait de la fatigue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS2	L'exercice physique est pour moi source de fatigue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS3	Je suis facilement fatigué(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS4	La fatigue interfère avec mon activité physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS5	La fatigue est souvent un problème pour moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS6	Ma fatigue m'empêche de réaliser des tâches physiques soutenues et prolongées	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS7	La fatigue interfère avec mes facultés pour la réalisation de certaines activités et responsabilités	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS8	La fatigue fait partie des mes 3 symptômes les plus gênants	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
FSS9	La fatigue interfère avec mon travail, ma famille ou ma vie sociale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

SCORE GLOBAL : **moyenne des 9 questions**

Le score moyen au FSS chez une population saine est de $2,3 \pm 0,7^{22}$.

Annexe 5 : Insomnia severity index

Références pour l'outil : ^{10,16}

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Annexe 6 : Dépistage de l'hypotension orthostatique (HTO)

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

Le test est positif lorsqu'il y a une diminution de la TAS > 20mmHg ou de la TAD > 10mmHg debout VS en décubitus dorsal dans les 3 premières minutes en position debout¹⁰.

Annexe 7 : Dépistage du Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS)

Pour la version complète et explication du NASA-Lean-Test :

<https://batemanhornecenter.org/wp-content/uploads/2016/09/NASA-Lean-Test-Instructions.pdf>

	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				

Le test est positif lorsqu'il y a une augmentation soutenue de la fréquence cardiaque de **≥ 30 bpm** en position debout VS en position couchée ou une fréquence cardiaque **≥ 120 bpm** dans les premières 10 minutes en position debout. Cette augmentation de fréquence cardiaque doit être accompagné de symptômes orthostatiques¹⁷.

Annexe 8 : Dépistage vestibulo-oculomoteur (VOMS)

Pour la version complète et les explications du VOMS¹⁸ :

<https://aqmse.org/wp-content/uploads/2014/10/voms-francais.pdf>



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						

Annexe 9 : Inventaire de dépression de Beck

Références pour l'outil :^{14,15}

Utilisation : faire la somme de chacun des items (le seuil pour une dépression serait de 11 pts)

Instructions : Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A – Je ne me sens pas triste	0	H – Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0
Je me sens cafardeux(se) ou triste	1	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1
Je me sens tout le temps cafardeux(se) ou triste et je n'arrive pas à m'en sortir	2	J'ai perdu l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiment pour eux	2
Je suis si triste et si malheureux(se) que je ne peux pas le supporter	3	J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement	3
<hr/>			
B – Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir	0	I – Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décisions	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2	J'ai de grosses difficultés à prendre des décisions	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	3	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3
<hr/>			
C – Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0	J – Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid(e) qu'avant	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1	J'ai peur d'être vieux (vieille) ou disgracieux(se)	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2	J'ai l'impression qu'il a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux(se)	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3	J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e)	3
<hr/>			
D – Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e)	0	K – Je travaille aussi facilement qu'auparavant	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que se soit	2	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que se soit	2
Je suis mécontent(e) de tout	3	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
<hr/>			
E – Je ne me sens pas coupable	0	L – Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude	0
Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps	1	Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude	1
Je me sens coupable	2	Faire quoi que se soit me fatigue	2
Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vaudrais rien	3	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
<hr/>			
F – Je ne suis pas déçu(e) par moi-même	0	M – Mon appétit est toujours aussi bon	0
Je suis déçu(e) par moi-même	1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1
Je me dégoûte moi-même	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2
Je me hais	3	Je n'ai plus du tout d'appétit	3
<hr/>			
G – Je ne pense pas à me faire du mal	0		
Je pense que la mort me libérerait	1		
J'ai des plans bien précis pour me suicider	2		
Si je le pouvais, je me tuerais	3		

Annexe 10 : Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire (COQ)

Référence de l'outil : ²¹

FIGURE 3 – GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE		
L'idée est de plus en plus présente		
LÉGER <ul style="list-style-type: none"> État de vulnérabilité Anxieux mais calme Pas d'idée suicidaire 	1 <ul style="list-style-type: none"> État de vulnérabilité Anxieux mais en contrôle Idées suicidaires passagères (flash) 	3 <ul style="list-style-type: none"> Déséquilibre partiel Idées suicidaires quelques fois par semaine Espoir en l'avenir Accepte de l'aide
Le plan suicidaire est de plus en plus précis (COQ > Comment, Où, Quand)		
MODÉRÉ <ul style="list-style-type: none"> COQ prend de plus en plus forme État de déséquilibre Idées suicidaires quotidiennes Planification incomplète Ambivalence 	4	5 <ul style="list-style-type: none"> COQ dans plus de 48 heures État de déséquilibre Obnubilé par le suicide Tous les éléments du plan sont fixés Ambivalence diminuée
Le temps est de plus en plus court		
ÉLEVÉ <ul style="list-style-type: none"> COQ dans moins de 48 h Agité ou coupé de ses affects Planification complète Moyen disponible 	6	7 <ul style="list-style-type: none"> COQ dans l'immédiat Agité ou coupé de ses affects Moyen disponible
<ul style="list-style-type: none"> Tentative en cours Intervention médicale requise 	8	

Références :

1. O'Connor RJ, Preston N, Parkin A, et al. The COVID-19 Yorkshire Rehabilitation Scale (C19-YRS): Application and psychometric analysis in a post-COVID-19 syndrome cohort. *J Med Virol*. Published online October 21, 2021.
2. Sivan M, Halpin S, Gee J. Assessing long-term rehabilitation needs in COVID-19 survivors using a telephone screening tool (C19-YRS tool). *ACNR | Paper & Online Neurology Journal*. Published June 29, 2020. <https://acnr.co.uk/2020/06/c19-yrs/>
3. Sivan M, Halpin S, Gee J. The self-report version and digital format of the COVID-19 Yorkshire Rehabilitation Scale (C19-YRS) for Long COVID or Post-COVID syndrome assessment and monitoring. *ACNR | Paper & Online Neurology Journal*. Published April 13, 2021. <https://acnr.co.uk/2021/04/digital-format-long-covid-c19-yrs-tool/>
4. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*. 2021;38:101019.
5. Stussman B, Williams A, Snow J, et al. Characterization of Post-exertional Malaise in Patients With Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Front Neurol*. 2020;11:1025.
6. Postigo-Martin P, Cantarero-Villanueva I, Lista-Paz A, Castro-Martín E, Arroyo-Morales M, Seco-Calvo J. A COVID-19 Rehabilitation Prospective Surveillance Model for Use by Physiotherapists. *J Clin Med*. 2021;10(8):1691.
7. covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742.pdf. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>
8. Bateman L, Basted AC, Bonilla HF. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Essentials of Diagnosis and Management - ClinicalKey. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0025619621005139?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0025619621005139%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
9. U.S. ME/CFS Clinician Coalition. Diagnosing and Treating Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS). Published online 2020:6.
10. Rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf>

11. International Association for the Study of Pain. *Maintaining a Pain Management Regime with Managing COVID 19.*; 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=AmODsEyzkpo>
12. International Association for the Study of Pain. *Living with Pain A Long COVID Patient Perspective and How Clinicians Can Help.*; 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=dfdjpkcc5HE>
13. Recommandations intermédiaires pour une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue. https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/06/gui_10239_recommandations_interimaires_covid_longue_2021_05_21_final.pdf
14. Cotler J, Holtzman C, Dudun C, Jason LA. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. *Diagn Basel Switz.* 2018;8(3).
15. Fatigue Severity Scale. Shirley Ryan AbilityLab. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/fatigue-severity-scale>
16. Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) | Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS). <https://www.cets.ulaval.ca/outils/index-de-severite-de-linsomnie-isi>
17. Lee J, Vernon SD, Jeys P, et al. Hemodynamics during the 10-minute NASA Lean Test: evidence of circulatory decompensation in a subset of ME/CFS patients. *J Transl Med.* 2020;18(1):314.
18. Coffre à outils : Commotions cérébrales. Association quebecoise des medecins du sport. <https://aqmse.org/outils-pratiques/coffre-a-outils-commotions-cerebrales/>
19. Beck A. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.*; 1976.
20. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* 2013;35:416-431.
21. Laflamme F Durand, Suzanne, Thibault C Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Prévenir le suicide pour préserver la vie.* Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007.
22. Grace J, Mendelsohn A, Friedman JH. A comparison of fatigue measures in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2007;13(7):443-445.