

Le formulaire APSS en microbiologie et infectiologie doit être rempli ainsi que ce formulaire afin que la demande soit traitée
<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ccee59c7685256e2a0052d887/96e3ed5f63529ad18525811b0061eb5c?OpenDocument>

Veillez retourner les deux formulaires remplis au CRDS par courriel au : crdsrequetes.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

À noter que les usagers ne sont pas acceptés pendant la phase aiguë de l'infection : Covid < 12 semaines, Lyme < 6 mois

Identification de l'utilisateur		
Nom et prénom :		
Date de naissance :	(aaaa/mm/jj)	NAS :
Date du test positif		
<input type="checkbox"/> Covid-19	<input type="checkbox"/> Maladie de Lyme	
Date PCR : _____	Date sérologie : _____ Date érythème migrant : _____	
Date test antigénique : _____	Date test de confirmation : _____	
Arrêt de travail		
<input type="checkbox"/> Oui, date de début : _____	<input type="checkbox"/> Non	
Diagnostic et symptômes physiques <small>(Pour information : C : < 28 jours, D : < 3 mois, E : <12 mois)</small>		
<input type="checkbox"/> Myopéricardite		C
<input type="checkbox"/> Intolérance orthostatique posturale (POTS)	<input type="checkbox"/> Confirmée	C
	<input type="checkbox"/> Suspectée	D
<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort	<input type="checkbox"/> Avec désaturation	C
	<input type="checkbox"/> Sans désaturation	D
<input type="checkbox"/> Troubles de l'olfaction et/ou du goût	<input type="checkbox"/> Avec perte de poids	D
	<input type="checkbox"/> Sans perte de poids	D
Impact fonctionnel sur le quotidien		
<input type="checkbox"/> Patient avec limitations sévères au quotidien. Incapacité de prendre soin de lui seul , est dépendant de soins infirmiers et/ou d'une tierce personne en raison de symptômes ¹ , de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression.		C
<input type="checkbox"/> Patient avec limitations modérées . Doit éviter ou réduire ses activités habituelles en lien avec des symptômes ¹ , des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant prendre soin de lui-même sans aucune aide.		D
<input type="checkbox"/> Impact négligeable dans la vie de tous les jours. Réalise ses tâches/activités habituelles, bien que persistent des symptômes ¹ , des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression		E
Autres renseignements		

Identification du médecin référent		
Nom :	Numéro de permis :	
Nom de la clinique :	Numéro de télécopieur :	
Signature :	Date :	

MAJ : Octobre 2024

¹Fatigue et/ou malaise post-effort, troubles neurocognitifs (mémoire, concentration, attention, tâches exécutives)