



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RDV
« POST COVID »**

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse Mail :

Coordonnées du patient :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Age :

Antécédents notables :

Date du 1^{er} jour des symptômes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Gravité Covid aigu :

Ambulatoire

Hospitalisation

Réanimation

Symptômes persistants et/ou fluctuants depuis la maladie Covid :

Fatigue inhabituelle

Fatigabilité à l'effort

Anosmie

Agueusie

Toux sèche

Essoufflement au moindre effort

Oppression thoracique

Brûlure rétro sternale

Palpitations

Douleurs musculaires

Difficultés cognitives

Insomnie

Anxiété

Brûlure d'estomac, douleur abdominale

Diarrhées, constipation

Votre patient est il en arrêt maladie du fait de ces symptômes ?

Oui

Non

**Merci de renseigner les interventions médicales et para médicales déjà initiées
(cela ne conditionne pas la prise de RDV)**

Rééducation déjà initiée :

Kinésithérapie respiratoire

Auto-rééducation anosmie

Bilan orthophonique

Suivi psychologique

Examens complémentaires réalisés :

ETT

EFR

TDM thoracique

IRM cardiaque

PET TDM

Merci d'adresser ce formulaire à l'adresse mail : rdv.postcovidnord@ap-hm.fr

Votre patient sera contacté pour lui proposer un RDV et un compte rendu de consultation vous sera envoyé.

Pour toute demande urgente, vous pouvez nous contacter au **04.91.96.45.32** les lundis et mercredis de 9h30 à 16h30