

# CRS - Premier contact

Cher patient,

Vous avez sollicité mon expertise concernant votre état de santé. Habituellement, je vous recevrais en consultation pour évaluer ensemble votre situation médicale. Cependant, le nombre croissant de demandes rend difficile le suivi individuel de chacun. L'étude d'une nouvelle pathologie nécessite une collecte exhaustive d'informations. Avec votre consentement, j'entreprendrai donc d'explorer votre dossier sur le Réseau Santé Wallon.

Je vous saurais gré de répondre aux questions ci-dessous. Une fois ces observations rassemblées et synthétisées, je vous contacterai pour fixer un rendez-vous. Il est primordial de comprendre que vous faites face à une maladie inédite pour le corps médical. Seule une observation attentive et la collecte de votre témoignage nous permettront de mieux appréhender cette situation. Par la suite, je vous proposerai des examens complémentaires.

Pour enrichir notre compréhension, j'ai bénéficié de la collaboration de l'Institut REGA de l'Université de Leuven (KUL), où des analyses sanguines expérimentales de recherche sont menées. Vous serez convié à y participer. Votre contribution à cette recherche est cruciale.

Veuillez noter que ce questionnaire est anonyme. Seul moi-même connais votre identifiant.

Je vous remercie pour votre patience et votre collaboration précieuse.

---

**\* Indique une question obligatoire**

1. Votre identifiant : \*

Veuillez saisir l'identifiant que je vous ai attribué. Cet identifiant est unique et spécifique à votre dossier médical. Si vous ne disposez pas de cet identifiant, veuillez me contacter par e-mail, et je vous le fournirai dès que possible.

---

2. Date de notre première prise de contact : \*

---

*Exemple : 7 janvier 2019*

3. Votre date de naissance : \*

---

*Exemple : 7 janvier 2019*

4. Votre sexe : \*

⌵ Dropdown

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Non-binaire
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

5. Veuillez spécifier votre profession, même si vous êtes à la retraite. \*

---

6. Êtes vous actif, inactif ou invalide ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Actif
- ☐ Inactif
- ☐ Invalide

7. Nom de votre médecin traitant : \*

---

8. Nom du ou des spécialistes habituels : \*

---

---

---

---

---

9. Veuillez préciser si vous êtes déjà enregistré dans un Programme de Soins pour le Long Covid. \*

*Une seule réponse possible.*

☐ Oui

☐ Non

10. Si la réponse à la précédente question est oui, merci d'indiquer la date de début de ce programme.

*Exemple : 7 janvier 2019*

### **Antécédents**

11. Veuillez énumérer ci-dessous les problèmes de santé majeurs que vous aviez avant de contracter le Covid. \*

---

---

---

---

---

12. Avez-vous été vacciné ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Avez-vous eu une réaction aux vaccins ?

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

14. Si oui, la réaction était-elle seulement locale (limité au point d'injection) ?

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas de réaction

15. Ou avez-vous eu une réaction systémique (température, malaise, etc.) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

16. Si vous avez eu une réaction, merci de décrire succinctement.

---

---

---

---

---

### **Covid aigu**

17. A quelle date vous avez contracté la première fois le Covid ? \*

*Exemple : 7 janvier 2019*

18. Avez-vous fait un test PCR ? \*

*Une seule réponse possible.*

☐ Oui

☐ Non

19. Si oui, à quelle date ?

*Exemple : 7 janvier 2019*

20. Si vous avez eu plusieurs fois le Covid, veuillez indiquer ci-dessous les dates et si il y a eu un test PCR ou un test antigénique (chez le pharmacien).

---

---

---

---

---

21. Quels ont été les symptômes majeurs du Covid aigu ? \*

---

---

---

---

---

22. La contamination par le Covid a-t-elle eu lieu sur votre lieu de travail ? \*

*Une seule réponse possible.*

☐ Oui

☐ Non

23. Combien de temps avez-vous dû arrêter le travail ? \*

---

---

---

---

---

24. Êtes vous actuellement en arrêt de travail ? \*

*Une seule réponse possible.*

☐ Oui

☐ Non

## Covid Long

25. Quel diagnostic vous a-t-on attribué avant que le diagnostic de Long Covid ne soit posé ? \*

---

---

---

---

---

26. Si votre état lié au Covid s'est prolongé, indiquez qui a évoqué la possibilité du Long Covid. \*

---

---

---

---

---

27. A quelle date ? \*

*Exemple : 7 janvier 2019*

28. Quels ont été / sont les symptômes majeurs du Covid long décrits les plus simplement possible ? \*

---

---

---

---

---

29. Quels traitements particulier avez-vous déjà suivi (caisson hyperbare, stimulation du vague, etc.) merci de décrire. \*

---

---

---

---

---

### Vos symptômes

Cela me serait également très utile si vous pouviez remplir le formulaire ci-joint qui permet de détailler vos symptômes. (Formulaire Compare)

Les symptômes sont répertoriés sur le site suivant : <https://compare.aphp.fr/>  
(Symptômes tirés du questionnaire Compare).

**Veillez cocher les symptômes que vous avez eus et ceux qui persistent encore.**



## 30. Neurologique

*Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Céphalées / Mal de tête</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Brouillard mental / Difficultés de concentration</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sensation de vertige / Malaise</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Paresthésies (sensations anormales, picotements, brûlures, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Troubles de la mémoire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Modification ou perte d'odorat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Modification ou perte du goût</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Manque du mot (difficulté à trouver ses mots)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hypoesthésie (baisse de la sensibilité au toucher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tremblements</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble de

Équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équilibre		
Aucun de ces		
symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
symptômes		

### 31. Symptômes généraux

*Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Fatigue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frissons avec ou sans fièvre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Insomnies / troubles du sommeil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Humeur changeante, irritabilité, baisse de moral</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Courbatures</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Perte de poids / Amaigrissement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Perte d'appétit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sueurs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Somnolence</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sensibilité au chaud ou au froid</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bouffées de chaleur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. **Thorax***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Dyspnée (gêne respiratoire)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tachycardie / Arythmie / palpitations</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Douleurs / brûlures thoraciques</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oppression thoracique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Douleurs de la cage thoracique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. **Locomoteur***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Douleurs musculaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Douleurs osseuses et articulaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Douleurs cervicales, dorsales ou lombaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jambes lourdes /oedemes des membres inférieurs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Digestif**

*Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Inconfort / douleurs abdominales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diarrhées</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nausées / vomissements</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. **ORL***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Douleurs / brûlures gorge, difficultés à avaler</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acouphènes (bruits anormaux dans les oreilles)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rhinorrhée (nez qui coule) / Nez bouché</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Douleurs auriculaires (douleur d'oreille)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hypoacousie (baisse de l'audition)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Peau et cheveux***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Perte des cheveux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Eruptions cutanée (rash, boutons, plaques)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sécheresse cutanée / désquamation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Doigts et doigts de pieds blancs/rouges/violacés gonflés</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 37. Yeux

Plusieurs réponses possibles.

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Sécheresse / irritation /larmoiement des yeux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Baisse de la vision / flou visuel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Photo/phono phobie (insensibilité à la lumière et au bruit)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. **Vaisseaux et ganglions***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Troubles de la circulation, veines gonflées</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hématomes spontanés</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anomalies de la tension artérielle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganglions gonflés et douloureux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. **Génito urinaires***Plusieurs réponses possibles.*

	Symptômes passés	Symptômes persistants
<b>Symptômes gynécologiques</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Symptômes urinaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun de ces symptômes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Vous pouvez également indiquer ici tout symptôme ou toute information que vous souhaitez partager et qui ne figure pas dans la liste fournie.

---

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

