

NOUVEAU CORONAVIRUS (nCoV) 2019
BASE DE DONNEES POUR LA CARACTERISATION CLINIQUE D'UNE INFECTION RESPIRATOIRE AIGÛE
CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CASE REPORT FORM – CRF)

STRUCTURATION DU CRF

Ce CRF comporte une section « PRINCIPALE » et une section « QUOTIDIENNE » pour les données clinico-biologiques.

Ce CRF est à compléter pour la section PRINCIPALE et QUOTIDIENNE lors du premier jour d'admission du patient à l'hôpital ou en service de réanimation, puis pour la section QUOTIDIENNE tous les jours jusqu'à la sortie du patient ou son décès.

Instructions générales

- Ce CRF a été créé dans le but de collecter des données obtenues lors d'un examen clinique, d'un interrogatoire, ou à partir de données médicales hospitalières inscrites dans le dossier du patient.
- Le Numéro d'Identification anonymisé du Participant se présente sous la forme d'un numéro à 3 chiffres correspondant au site, suivi d'un numéro à 4 chiffres correspondant au numéro du participant.
Vous pouvez obtenir le code qui correspond au site et vous enregistrer en contactant par e-mail le data manager du système : ncov@isaric.org. Les numéros d'identification des participants devront être assignés séquentiellement pour chaque site, en commençant par le numéro 0001. Pour un centre qui recruterait des participants dans différents services hospitaliers, ou s'il est impossible d'attribuer ces numéros de manière séquentielle, il est possible d'attribuer ces numéros par bloc, ou en y ajoutant une lettre. Par exemple, le service X assignera les numéros à partir de 0001 ou A001, le service Y assignera des numéros à partir de 5001 ou B001.
Le numéro d'identification du patient doit être inscrit en haut à droite de chaque page de ce CRF.
Les données récoltées sont à intégrer dans la base de donnée REDCap disponible à l'adresse suivante : <https://ncov.medsci.ox.ac.uk>, ou directement dans la base de données du centre participant. Des CRF "papier" pourront être utilisés et les données saisies secondairement dans la base de données électronique.
- Dans le cas où un participant se verrait transféré dans un autre centre participant, il est préférable de conserver son numéro d'identification initial. Si cela s'avérait impossible, il y a de la place pour enregistrer le nouveau numéro d'identification.
- Le CRF doit être complété pour chaque ligne de chaque section, sauf s'il est mentionné de passer certaines parties du questionnaire selon les réponses.
- Les cases à cocher carrées () correspondent à des questions à réponse unique (ne choisir qu'une seule réponse). Les cases à cocher en forme de cercle () correspondent à des questions à choix multiples (choisir toutes les réponses appropriées).
- Notez 'N/A' pour les valeurs des résultats de laboratoire qui sont non disponibles, non applicables ou inconnues.
- Evitez de remplir le questionnaire hors des zones de réponses. Des sections spécifiques pour renseigner des informations supplémentaires sont prévues.
- Si vous complétez un CRF 'papier' :
 - Ecrivez au stylo, de manière claire et lisible, en utilisant des LETTRES MAJUSCULES.
 - Mettez un (X) en regard de la réponse choisie. Pour effectuer des corrections, barrez (-----) l'information que vous souhaitez corriger et corrigez au-dessus. Les initiales du correcteur ainsi que la date de chaque correction doivent être renseignées en regard de chaque correction.
 - Toutes les pages d'un même CRF doivent être agrafées ou réunies dans une pochette individuelle.
 - Merci de saisir toutes les réponses du CRF 'papier' dans la base de données électronique. Tous les CRF 'papier' doivent être conservés au niveau du centre participant. Merci de n'envoyer aucun document

contenant des informations susceptibles d'identifier les participants de l'étude, par e-mail ou courrier postal. Toutes les données doivent être transférées dans la base de données électronique sécurisée.

- Merci de saisir les données sur : <https://redcap.medsci.ox.ac.uk/>. Si un centre participant souhaite collecter les données de manière indépendante, nous pouvons aider à construire une base de données hébergée localement.
- Merci de nous contacter via l'adresse ncov@isaric.org si nous pouvons apporter de l'aide sur les bases de données, si vous souhaitez faire un commentaire, et enfin pour nous tenir informés de l'utilisation de la documentation.

SECTION PRINCIPALE**CRITERE D'INCLUSION CLINIQUE**

Suspicion ou infection aiguë prouvée au nouveau Coronavirus (nCoV) 2019 comme principal motif d'admission :

OUI NON

FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

Dans les 14 jours qui ont précédé la survenue de la maladie, le patient a-t-il présenté une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

Voyage dans une zone où sont survenus des cas documentés d'infection par nCoV OUI NON NC

Contact étroit avec un cas probable ou confirmé d'infection par nCoV, alors que ce patient était symptomatique OUI NON NC

Fréquentation d'un établissement de santé où des cas d'infections par nCoV ont été pris en charge OUI NON NC

Passage dans un laboratoire manipulant des échantillons de cas suspects ou confirmés d'infection à nCoV OUI NON NC

Contact direct avec des animaux dans des pays où le virus nCoV est connu pour circuler dans la population animale, ou dans des zones où des cas d'infection humaine résultant d'une possible transmission animale ont été enregistrés OUI NON NC

* Le contact rapproché est défini comme suit :

- Exposition associées aux soins, comprenant la délivrance de soins à un patient infecté par nCoV par exemple professionnels de santé, toute personne travaillant avec un professionnel de santé infecté par nCoV, visiteurs d'un patient infecté ou personne restant dans le même environnement proche d'un patient infecté par nCoV, ou exposition directe à des fluides corporels ou échantillons incluant les aérosols.
- Collègue de travail partageant une promiscuité physique avec un patient infecté au nCoV.
- Toute personne ayant voyagé avec un patient infecté par nCoV, par n'importe quel mode de transports.
- Toute personne vivant dans même foyer qu'un patient infecté par nCoV.

SECTION PRINCIPALE

DONNEES DEMOGRAPHIQUES	
Nom du centre participant : _____	Pays : _____
Date d'inclusion : [][][]/[][][]/[][][][][][][]	
<p>Groupe ethnique (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) : <input type="radio"/> Arabe <input type="radio"/> Noir <input type="radio"/> Asiatique (EST) <input type="radio"/> Asiatique (SUD)</p> <p><input type="radio"/> Asiatique (OUEST)</p> <p><input type="radio"/> Latino-américain <input type="radio"/> Caucasien <input type="radio"/> Aborigène/Peuples autochtones <input type="radio"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> NC</p>	
Employé en tant que professionnel de santé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Employé dans un laboratoire d'analyses biologiques ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Sexe à la naissance : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié	
Si inconnue, âge estimé [][][]années OU [][][]mois	
Enceinte ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> N/A Si OUI : âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée) : [][][] semaines	
POST PARTUM ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A (Si "NON" ou "N/A" passer cette section et continuer sur la section « ENFANT »)	
Issue de grossesse : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> Mort-né Date d'accouchement : [][][]/[][][]/[][][][][][][]	
Recherche de l'agent responsable de l'infection respiratoire maternelle chez l'enfant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Si OUI : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
Méthode : <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autre : _____	
ENFANT – Agé de moins d'1 an ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si "NON", passer cette section)	
Poids de naissance : [][][], [][][]kg <input type="checkbox"/> N/A	
Naissance : <input type="checkbox"/> à terme (≥37 SA) <input type="checkbox"/> prématuré (<37 SA) <input type="checkbox"/> N/A	
Allaitement maternel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A Si OUI : <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> arrêté à [][][]semaines <input type="checkbox"/> N/A	
Développement normal pour l'âge ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC	
Statut vaccinal à jour (calendrier Français) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> N/A	

SECTION PRINCIPALE

COMORBIDITES			
Comorbidités et facteurs de risque – Le score de Charlson sera calculé pour chaque patient lors de l'analyse.			
Maladie chronique cardiaque, incluant maladie congénitale cardiaque (sauf hypertension)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Obésité (définie par le personnel médical)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Maladie pulmonaire chronique (sauf asthme)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Diabète avec complications associées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Asthme (diagnostic médical posé)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Diabète non compliqué	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Maladie rhumatologique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Maladie hépatique, modérée ou sévère	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Démence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Maladie hépatique légère	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Malnutrition	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Trouble neurologique chronique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Tabagisme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Jamais
			<input type="checkbox"/> Ancien fumeur
Néoplasie maligne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	Autre facteur de risque notable	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Maladie hématologique chronique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A		Si OUI, lesquels : _____
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A		_____

DEBUT DE SYMPTOMES & ADMISSION
Date du premier symptôme : [][][]/[][][]/[][][][][][][]
Date d'admission dans l'établissement : [][][]/[][][]/[][][][][][][]
Heure d'admission (Format 24 heures) : [][][][]/[][][][]
Transfert depuis un autre établissement de santé ? <input type="checkbox"/> OUI, d'un autre centre participant <input type="checkbox"/> OUI, d'un centre non participant <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
Si OUI : Nom de l'établissement d'origine : _____ <input type="checkbox"/> N/A
Si OUI : Date d'admission dans l'établissement d'origine (JJ/MM/AAAA) : [][][]/[][][]/[][][][][][][] <input type="checkbox"/> N/A
Si OUI, il s'agit d'un autre centre participant : Numéro d'identification d'origine du patient : <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Différent : [][][][]-- [][][][][] <input type="checkbox"/> N/A
Antécédent de voyage dans les 14 jours précédant la survenue des premiers symptômes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Si OUI, localisation géographique et dates du séjour : Pays : _____
Ville ou zone géographique : _____
Date de retour : [][][]/[][][]/[][][][][][][] <input type="checkbox"/> N/A (espace supplémentaire à la fin du document si besoin)
Contact avec des animaux, consommation de viande crue, piqûre d'insecte dans les 14 jours précédant la survenue des symptômes ?
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> N/A Si OUI, compléter la section EXPOSITION ANIMALE

SECTION PRINCIPALE
SIGNES ET SYMPTÔMES A L'ADMISSION (*Données disponibles dès l'admission – dans les 24 premières heures*)

Température : [][][][]°C **FC :** [][][][] battements/min **FR :** [][][][] respiration/min
PAS : [][][][]mmHg **PAD :** [][][][]mmHg **Déshydratation sévère :** OUI NON NC
Temps de recoloration cutanée (sternum) >2 secondes : OUI NON NC
Saturation en oxygène : [][][][]% **Sous air ambiant :** OUI NON N/A ou **Oxygénothérapie :** OUI NON N/A

SIGNES ET SYMPTÔMES A L'ADMISSION (*observés/reportés à l'admission et associés à l'événement en cours*)

Antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Toux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Expectorations associées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Hémoptysie associée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Rhinorrhée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Otalgie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Sifflement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Myalgies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Arthralgies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Fatigue / Malaise	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Dyspnée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Tirage sous-costal	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Céphalée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Confusion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Epilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Douleur abdominale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Diarrhée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Conjonctivite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Ulcère cutané	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Lymphadénopathie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Hémorragie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NC
Si hémorragie, préciser la/les localisation(s)	_____

TESTS MICROBIOLOGIQUES :
Examen microbiologique de l'agent pathogène responsable du tableau Clinique ? OUI (*compléter la section correspondante*)
 NON N/A

Influenza : OUI - Confirmé OUI - Probable NON si OUI : A/H3N2 A/H1N1pdm09 A/H7N9
 A/H5N1 A, non typé B Autre : _____

Coronavirus : OUI - Confirmé OUI - Probable NON si OUI : Nouveau CoV MERS CoV Autre CoV : _____

VRS : OUI - Confirmé OUI - Probable NON

Adénovirus : OUI - Confirmé OUI - Probable NON

Bactérie : OUI - Confirmé NON

Autre diagnostic d'infection respiratoire : OUI - Confirmé OUI - Probable NON

Si OUI, préciser : _____

Pneumonie (diagnostic clinique) : OUI NON NC

Si aucun des arguments ci-dessus, suspicion de maladie non infectieuse ? OUI N/A

Date de prélèvement	Type de prélèvement	Méthode d'analyse	Résultat	Agent pathogène détecté
___/___/20___	<input type="checkbox"/> Ecouvillon nasal <input type="checkbox"/> Ecouvillon oropharyngé <input type="checkbox"/> Combinaison écouvillon nasal/ oropharyngé <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20___	<input type="checkbox"/> Ecouvillon nasal <input type="checkbox"/> Ecouvillon oropharyngé <input type="checkbox"/> Combinaison écouvillon nasal/ oropharyngé <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20___	<input type="checkbox"/> Ecouvillon nasal <input type="checkbox"/> Ecouvillon oropharyngé <input type="checkbox"/> Combinaison écouvillon nasal/ oropharyngé <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20___	<input type="checkbox"/> Ecouvillon nasal <input type="checkbox"/> Ecouvillon oropharyngé <input type="checkbox"/> Combinaison écouvillon nasal/ oropharyngé <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20___	<input type="checkbox"/> Ecouvillon nasal <input type="checkbox"/> Ecouvillon oropharyngé <input type="checkbox"/> Combinaison écouvillon nasal/ oropharyngé <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> N/A	_____

SECTION QUOTIDIENNE (compléter un exemplaire à l'admission à l'hôpital, un à l'admission en Unité de Soins Intensifs, et quotidiennement jusqu'au 14^e jour ou sortie du patient ou décès)

SECTION QUOTIDIENNE
<p>DATE de l'examen (JJ/MM/AAAA): [][][]/[][][]/[][][][][]</p> <p>Renseigner la valeur la plus mauvaise observée entre 00h00 à 24:h00 le jour de l'examen (si non disponible marquer 'N/A') :</p>
<p>Admission en cours en en Unité de Soins Intensifs ou réanimation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Renseigner la moins bonne valeur (<i>dans les 24 dernières heures</i>)</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON FiO₂ (0.21-1.0) [][], [][][][] ou [][][][]L/min</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SaO₂ [][][][]%</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PaO₂ au moment de la prise de la FiO₂ inscrite au-dessus [][][][][] <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PaO₂ type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON du même gaz du sang que pour la mesure de la PaO₂ : PCO₂ _____ <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON pH _____</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON HCO₃⁻ _____ mEq/L</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Excès de bases _____ mmol/L</p> <p>Echelle AVPU Alerte [][] Réponse verbale [][] Réponse à un stimulus douloureux [][] Pas de réponse [][]</p> <p>Score de Glasgow (GCS / 15) [][][][]</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Echelle de Richmond Agitation-Sedation (RASS) [][]</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Echelle de Riker Sedation-Agitation (SAS) [][]</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle systolique [][][][][]mmHg</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle diastolique [][][][][]mmHg</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle moyenne [][][][][]mmHg</p> <p>Fait <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diurèse [][][][][][][]mL/24 h <input type="checkbox"/> à cocher si estimée</p>
<p>Le patient reçoit-il ou a-t-il reçu (entre 00:00 et 24:00 le jour de l'examen) (répondre à toutes les questions de cette section) :</p> <p>Ventilation non-invasive (par exemple VSPPC, VSPPBI) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Ventilation mécanique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>ECMO (par membrane extracorporelle) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Oxygénothérapie à haut débit par canule nasale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Dialyse/Hémodilution ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Agents vasopresseurs et inotropes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si NON, répondre NON aux trois prochaines questions) <input type="checkbox"/> N/A</p> <p style="padding-left: 20px;">Dopamine <5µg/kg/min OU Dobutamine OU milrinone OU levosimendan : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Dopamine 5-15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine <0.1µg/kg/min OU vasopressine OU phényléphrine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Dopamine >15µg/k/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine >0.1µg/kg/min : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Agents bloquant la transmission neuromusculaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Inhalation de Monoxyde d'Azote ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Trachéotomie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A Décubitus ventral ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Autre intervention ou procédure : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A Si OUI, préciser : _____</p>

SECTION QUOTIDIENNE

RESULTATS BIOLOGIQUES QUOTIDIENS

Date de prélèvement (JJ/MM/AAAA) : [][][][]/[][][][]/[][][][][][][][][]

Renseigner la valeur la plus mauvaise (dans les 24 dernières heures)

Fait OUI NON Hémoglobine _____ g/L ou g/dL

Fait OUI NON Leucocytes _____ x10⁹/L ou x10³/μL

Fait OUI NON Lymphocytes _____ x10³/μL

Fait OUI NON Neutrophiles _____ x10³/μL

Fait OUI NON Hématocrite [][][]%

Fait OUI NON Plaquettes _____ x10⁹/L ou x10³/μL

Fait OUI NON TCA _____

Fait OUI NON TP _____ secondes

Fait OUI NON INR _____

Fait OUI NON ALAT _____ U/L

Fait OUI NON ASAT _____ U/L

Fait OUI NON Bilirubine totale _____ μmol/L ou mg/dL

Fait OUI NON Glucose _____ mmol/L ou mg/dL

Fait OUI NON Urée _____ mmol/L ou mg/dL

Fait OUI NON Lactate _____ mmol/L ou mg/dL

Fait OUI NON Créatinine _____ μmol/L ou mg/dL

Fait OUI NON Sodium [][][][] mEq/L

Fait OUI NON Potassium [][][], [][][] mEq/L

Fait OUI NON Procalcitonine [][][], [][][] ng/mL

Fait OUI NON CRP [][][][], [][][] mg/L

Réalisation d'une radiographie du thorax ? OUI NON N/A Si OUI : Présence d'infiltrat ? OUI NON N/A

SECTION PRINCIPALE

COMPLICATIONS : Le patient a-t-il présenté un de ces symptômes pendant l'hospitalisation ?								
Pneumonie virale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumonie bactérienne	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Bactériémie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Trouble de la coagulation/CIVD	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Si OUI, préciser	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> NC			Anémie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Rhabdomyolyse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Epanchement pleural	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Maladie rénale aiguë/Insuffisance rénale aiguë	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumonie organisée cryptogénique (POC)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Hémorragie digestive	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Bronchiolite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Pancréatite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Méningite/Encéphalite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Dysfonction hépatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Crise d'épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Hyperglycémie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
AVC	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Insuffisance cardiaque congestive	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Autre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	
Endocardites /Myocardite /Péricardite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A	Si OUI, préciser : _____ _____				
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A					
Ischémie cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> N/A					

SECTION PRINCIPALE

TRAITEMENT : Le patient a-t-il reçu/nécessité pendant son hospitalisation ?

Admission en unité de soins intensifs ou unité de réanimation ? OUI NON N/A

Si OUI, durée totale du séjour : _____ jour(s)

Si OUI, date d'admission : [][][]/[][][]/[][][][][][][] N/A

date de sortie : [][][]/[][][]/[][][][][][][] N/A

Oxygénothérapie ? OUI NON N/A

Ventilation non-invasive ? (par exemple VSPPC, VSPPBI) OUI NON N/A

Ventilation mécanique ? OUI NON N/A SI OUI, durée totale : _____ jours

Ventilation en décubitus ventrale ? OUI NON N/A

Inhalation de Monoxyde d'Azote ? OUI NON N/A

Trachéotomie OUI NON N/A

ECMO ? OUI NON N/A

Epuration/hemofiltration rénale /dialyse ? OUI NON N/A

Inotropes/vasopresseurs ? OUI NON N/A

si OUI : date première fois/début : [][][]/[][][]/[][][][][][][] N/A

date dernière fois/fin : [][][]/[][][]/[][][][][][][] N/A

Autre intervention ou procédure (préciser) : _____

TRAITEMENTS RECUS PENDANT L'HOSPITALISATION OU A LA SORTIE :

Antiviral ? OUI NON N/A Si OUI : Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Interféron alpha Interféron beta

Inhibiteur de la neuraminidase Autre _____

Antibiotique ? OUI NON N/A Si OUI, préciser : _____

Corticostéroïdes ? OUI NON N/A Si OUI, voie d'administration : Oral Intraveineuse Inhalée

Si OUI, merci de préciser le type et la dose : _____

Antifongique ? OUI NON N/A

SECTION PRINCIPALE**EVOLUTION**

Statut final : Sortie vivant Hospitalisation Transfert dans un autre établissement Décès
 Transfert en soins palliatifs NC

Date de la sortie, du transfert ou du décès : [][][]/[][][]/[][][][][][][] N/A

Si sortie vivant :

Capacité de prendre soin de soi avant la maladie versus après la sortie : Identique Moins bonne Meilleure N/A

Si sortie vivant, traitement de sortie :

Oxygénothérapie ? OUI NON N/A **Dialyse, épuration rénale ?** OUI NON N/A

Autre intervention, procédure ? OUI NON N/A

Si OUI, préciser (plusieurs réponses possibles) : _____

Si transfert, nom de l'établissement d'accueil : _____ N/A

Si transfert, l'établissement d'accueil est-il un centre participant à l'étude ? OUI NON N/A

Si oui, n° d'identification du patient dans l'établissement d'accueil : Identique Différent : [][][]-[][][][] N/A

SECTION PRINCIPALE

Voyage : le patient a-t-il voyagé dans les 14 jours avant le début des premiers symptômes ? (plusieurs destinations possibles)

Pays : _____ Ville, région géographique : _____ Date de retour (JJ/MM/20AA) : __ / __ /20 ____

Pays : _____ Ville, région géographique : _____ Date de retour (JJ/MM/20AA) : __ / __ /20 ____

Pays : _____ Ville, région géographique : _____ Date de retour (JJ/MM/20AA) : __ / __ /20 ____

EXPOSITION ANIMALE : le patient a-t-il eu un contact avec des animaux morts ou vivants ou était piqué par un insecte dans les 14 jours avant le début des premiers symptômes ? OUI NON N/A

Si OUI, complétez chaque ligne ci-dessous.

Si OUI, préciser l'animal ou l'insecte concerné, le type de contact et la date d'exposition (JJ/MM/AAAA) ici :



Oiseau/volaille (par exemple poulet, dinde, canards...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Chauve-souris	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Bétail (par exemple chèvre, bovins, chameau)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Cheval	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Lièvre/Lapin	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Cochon	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Primates non-humains	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Rongeurs (par exemple rats, souris, écureuils)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Piqûre d'insecte/morsure de tique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Reptile/amphibien	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Animaux domestiques vivant au sein du foyer (par exemple chats, chiens, autres)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Déjections d'animaux, nids	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Animal malade ou cadavre d'animal	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Viande crue, sang d'animaux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Dépeçage, découpage ou consommation d'animal sauvage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Visite d'un marché animalier, ferme ou zoo	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Participation à une chirurgie ou autopsie animale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	
Autres contacts avec un animal :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	