

Plateforme de caractérisation clinique mondiale du COVID-19

NOUVELLE VERSION RAPIDE POUR LE CORONAVIRUS (COVID-19)

STRUCTURE DE CE FORMULAIRE DE RAPPORT DE CAS (CRF)

Ce CRF comprend 3 modules :

Module 1 à remplir lors du premier jour d'hospitalisation.

Module 2 à remplir lors du premier jour d'admission dans une USI ou une unité de soins continus. Le module 2 doit aussi être rempli tous les jours aussi longtemps que les ressources le permettent. Continuer à suivre les patients qui sont transférés dans d'autres salles.

Module 3 à remplir à la sortie de l'hôpital ou après le décès.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Le but du CRF est de recueillir des données obtenues par le biais d'examen clinique, d'entrevues et de la consultation des notes de l'hôpital. Les données peuvent être recueillies rétrospectivement si le patient est inscrit après la date de son admission.
- Le numéro d'identification du participant comprend un code spécifique à l'établissement et un code spécifique au participant.
Vous pouvez obtenir un code pour votre établissement sur le système de gestion des données en contactant ncov@isaric.org. Les numéros de participant seront attribués de manière séquentielle en commençant avec 00001. Dans le cas d'un seul établissement recrutant des participants admis dans des services ou salles différents, ou s'il est difficile pour une autre raison d'attribuer les numéros d'identification de manière séquentielle, vous pouvez attribuer les numéros en blocs ou incorporer des caractères alphabétiques. Par exemple, le service X attribuera les numéros en commençant avec 00001 ou A0001 et le service Y attribuera les numéros en commençant avec 50001 ou B0001. Notez le numéro d'identification du patient en haut de chaque page.
- Les données sont saisies dans la base de données électronique centrale REDCap sur <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> ou dans la base de données indépendante de votre établissement ou réseau. Des CRF imprimés sur papier peuvent être utilisés et les données peuvent ensuite être saisies dans la base de données électronique.
- Remplissez chaque section du formulaire. Les questions marquées « Si oui,... » doivent être laissées vierges si elles ne s'appliquent pas (quand la réponse n'est pas oui).
- Les sélections comprenant des cases à cocher () n'acceptent qu'une seule réponse (cochez une seule case).
- Les sélections comprenant des cercles () acceptent plusieurs réponses (sélectionnez toutes les réponses pertinentes).
- Indiquez « Inconnu » pour toute donnée non disponible ou inconnue.
- Évitez d'inscrire des données hors des espaces prévus à cet effet.
- Si vous utilisez un CRF papier, nous vous conseillons d'écrire lisiblement à l'encre et en LETTRES MAJUSCULES.
- Placez un (X) dans les cases pour marquer votre réponse. Pour faire des corrections, barrez (-----) les données que vous voulez effacer et notez les données exactes au-dessus. Veuillez apposer vos initiales et la date sur toutes les corrections.
- Veuillez garder tous les feuillets concernant un même patient ensemble, par exemple en les agrafant ou en utilisant une farde pour chaque patient.
- Veuillez transférer toutes les données des CRF papier sur la base de données électronique. Tous les CRF papiers peuvent être conservés dans l'établissement où ils ont été remplis. Toutes les données doivent être transférées sur la base de données électronique sécurisée.
- Veuillez saisir les données sur le système électronique de capture des données sur <https://ncov.medsci.ox.ac.uk>. Si votre établissement désire recueillir des données de manière indépendante, nous pouvons vous aider à établir une base de données hébergée localement.
- Contactez-nous à l'adresse ncov@isaric.org. Si nous pouvons vous aider avec les bases de données, si vous avez des commentaires et pour nous faire savoir que vous utilisez les formulaires.

MODULE 2 : suivi (fréquence de remplissage déterminée par les ressources disponibles)

Date du suivi [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]

PARAMÈTRES VITAUX (noter la valeur la plus anormale entre 00:00 et 24:00) (Inc = Inconnu)	
Température [__][__].[__]°C	Fréquence cardiaque [__][__][__] battements par minute
Fréquence respiratoire [__][__] respirations par minute	
TA [__][__][__] (systolique) [__][__][__] (diastolique) mmHg	Déshydratation sévère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Temps de remplissage capillaire sternal >2secondes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Score de Glasgow(GCS/15 [__][__])
Saturation en oxygène [__][__][__] % <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> sous oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Inc	A V P U (encercler une réponse)

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES QUOTIDIENNES (Inc = Inconnu)	
Toux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Convulsions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
avec expectorations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Vomissements / Nausées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Maux de gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Diarrhée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Conjonctivite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Souffle court . <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Myalgie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Confusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc

RÉSULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES (*noter les unités si différentes de celles mentionnées)					
Paramètre	Valeur*	Pas fait	Paramètre	Valeur*	Pas fait
Hémoglobine (g/l)		<input type="checkbox"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Numération leucocytaire (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Hématocrite (%)		<input type="checkbox"/>	Potassium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquettes (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TCA (APTT)		<input type="checkbox"/>	CRP (mg/l)		<input type="checkbox"/>
TP (secondes)		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="checkbox"/>
ALAT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>	Troponine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Bilirubine totale (µmol/l)		<input type="checkbox"/>	Vitesse de sédimentation (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Azote uréique sanguin (BUN) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>

MÉDICAMENTS Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un de ces médicaments ?	
Fluides par voie orale/orogastrique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Fluides en intraveineuse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antiviraux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : <input type="radio"/> Ribavirine <input type="radio"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="radio"/> Inhibiteur de la neuraminidase <input type="radio"/> Interféron alpha <input type="radio"/> Interféron bêta <input type="radio"/> Autre, préciser : _____	
Corticostéroïde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, voie : <input type="radio"/> Orale <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Inhalation	
Si oui, indiquer l'agent et la dose quotidienne maximale : _____	
Antibiotique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Antifongique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antipaludique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, préciser : _____
Médicament expérimental ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser : _____	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

SOINS DE SUPPORT Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un des soins suivants ? (Inc = Inconnu)	
Admission en USI ou en unité de soins continus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	
Oxygénothérapie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous :	
Volume du débit d'O₂ : <input type="checkbox"/> 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min <input type="checkbox"/> Inc	
Source d'oxygène : <input type="checkbox"/> Tube <input type="checkbox"/> Cylindre <input type="checkbox"/> Concentrateur <input type="checkbox"/> Inc	
Interface : <input type="checkbox"/> Sondes nasales <input type="checkbox"/> Canule nasale à haut débit <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir <input type="checkbox"/> Masque de CPAP/VNI <input type="checkbox"/> Inc	
Ventilation non invasive ? (p. ex.. BiPAP, CPAP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	
Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Inotropes/vasopresseurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	
Membrane extracorporelle (ECMO) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Position allongée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	
Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	

MODULE 3 : à remplir à la sortie d'hôpital ou après le décès
TEST DIAGNOSTIC/PATHOGÈNE (Inc = Inconnu)

 Radiographie/tomodensitométrie thoracique réalisée ? Oui Non Inc **Si oui: infiltrats présents ?** Oui Non Inc

Un test de présence de pathogène a-t-il été réalisé durant cet épisode de la maladie ? Oui Non Inc

Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous :

 Virus de la grippe : Positif Négatif Pas fait **Si positif, type** _____

 Coronavirus : Positif Négatif Pas fait **Si positif :** MERS-CoV SARS-CoV-2 Autre _____

 Autre pathogène des voies respiratoires : Positif Négatif Pas fait **Si positif, préciser** _____

 Fièvre hémorragique virale : Positif Négatif Pas fait **Si positif, spécifier le virus** _____

 Autre pathogène d'intérêt pour la santé publique détecté : **Si oui, préciser :** _____

 Paludisme à *P. falciparum* : Positif Négatif Pas fait **Paludisme non falciparum :** Positif Négatif Pas fait

 VIH : Positif Négatif Pas fait

COMPLICATIONS : À n'importe quel moment de son hospitalisation, le patient a-t-il souffert de :

Choc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Bactériémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hémorragie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Méningite/Encéphalite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Endocardite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Anémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Myocardite/Péricardite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance rénale aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Pancréatite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Bronchiolite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre Si oui, préciser _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

MÉDICAMENTS : Un ou plusieurs des médicaments suivants a ou ont-ils été administré(s) pendant l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital ?

 Fluides par voie orale/orogastrique ? Oui Non Inconnu **Fluides en intraveineuse ?** Oui Non Inconnu

 Antiviraux ? Oui Non Inconnu **Si oui :** Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Inhibiteur de la neuraminidase
 Interféron alpha Interféron bêta Autre, préciser : _____

 Antibiotique ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

 Corticostéroïde ? Oui Non Inconnu **Si oui, voie :** Orale Intraveineuse Inhalation

Si oui, préciser l'agent et la dose quotidienne maximale : _____

 Antifongique ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

 Antipaludique ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

 Médicament expérimental ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

SOINS DE SUPPORT : À N'IMPORTE QUEL moment de son hospitalisation, le patient a-t-il reçu les soins suivants :

 Admission en USI ou en unité de soins continus ? Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

 Date de l'admission en USI : [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] N/A

 Date de sortie de l'USI : [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] en USI à l'issue de l'hospitalisation N/A

 Oxygénothérapie ? Oui Non Inconnu **Si oui, répondre à toutes les questions : Durée totale :** _____ jours

 Volume du débit d'O₂ : 1-5 l/min 6-10 l/min 11-15 l/min > 15 l/min

 Source d'oxygène : Tube Cylindre Concentrateur

 Interface : Sondes nasales Canule nasale à haut débit Masque Masque avec réservoir Masque de CPAP/VI

 Ventilation non invasive ? (p. ex. BiPAP, CPAP) Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

 Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

 Membrane extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

 Position allongée ? Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

 Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? Oui Non Inconnu

 Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inconnu **Si oui, durée totale :** _____ jours

ISSUE

 Issue : Patient sorti vivant de l'hôpital Hospitalisé Transféré à un autre établissement Décès Sortie avec soins de support Inconnu

Date de l'issue : [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Inconnu

Si le patient était vivant à la sortie de l'hôpital : Capacité de prendre soins de soi à la sortie de l'hôpital, comparée à avant la maladie : La même qu'avant la maladie Pire Meilleure Inconnu

