

Instructions pour le remplissage du CRF

STRUCTURE DE CE CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CASE REPORT FORM - 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. Continuez 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.

ADMINISTRATION : INSTRUCTIONS

- L'objectif du CRF est de recueillir les données obtenues lors d'examens, d'entrevues ou par la lecture des notes de l'hôpital pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, de l'admission à la sortie, au transfert, au décès ou à la continuation de l'hospitalisation sans possibilité de recueil continu des données. 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 et vous inscrire sur le système de gestion des données en contactant ncov@isaric.org. Les numéros des participants seront attribués de manière séquentielle en commençant avec 00001. Dans le cas d'un 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, il est acceptable d'attribuer des numéros incorporant des caractères alphabétiques (p. ex., la salle X attribue les numéros en commençant par A0001, la salle Y par B0001). Notez le numéro d'identification du participant 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 transférés ensuite sur la base de données électronique.
- Si un participant est transféré dans un autre établissement, il est préférable de garder son numéro d'identification d'origine. Lorsque cela n'est pas possible, un espace est prévu pour le nouveau numéro.
- 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, sans objet ou inconnue.
- Évitez d'inscrire des données hors des espaces prévus à cet effet. Des informations supplémentaires peuvent être fournies dans les sections prévues 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 pour choisir la réponse correspondante. 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 participant ensemble, par exemple en les agrafant ou en utilisant une farde pour chaque participant.
- 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 vous aiderons volontiers à établir une base de données hébergée localement.
- Veuillez nous contacter 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.

Instructions pour le remplissage du CRF

INSTRUCTIONS GENERALES ET DEFINITIONS

Co-infections

Toute co-infection doit être signalée dans le Module 3 à la section 15. TEST DIAGNOSTIC/PATHOGÈNE

Comorbidités

Comorbidités présentes avant l'apparition du COVID-19 et encore présentes. N'incluez pas celles qui se sont développées après l'apparition des symptômes de COVID-19. De plus amples instructions sont fournies.

Admission à l'hôpital

Pour les patients qui ont été admis à l'hôpital pour un COVID-19 ou des symptômes évocateurs d'une possible infection COVID-19, veuillez inscrire les détails relatifs à la date d'admission à l'hôpital. Pour les patients admis suite à un diagnostic alternatif évident, mais qui ont ensuite développé un COVID-19, la date de l'admission originelle doit être fournie, mais toutes les références à l'admission ultérieures doivent se référer aux premières 24 heures suivant le premier jour d'apparition des symptômes d'infection soupçonnée ou confirmée au SARS-CoV2 (COVID-19).

Lorsqu'un patient a été admis après être passé dans plusieurs services hospitaliers, la date d'admission est la date de la visite au premier service ayant mené à son admission (p. ex., son arrivée aux urgences).

Oxygénothérapie

Indiquez toute forme de supplémentation en oxygène, quelle que soit la méthode utilisée. Ensuite, remplissez tous les détails relatifs à la méthode utilisée et à sa durée. Si l'appareil d'oxygénation utilisé ne figure pas dans la liste, sélectionnez l'option la plus proche. Si plusieurs débits et interfaces différents ont été utilisés, sélectionnez l'interface au plus haut débit. En cas d'utilisation d'un masque Venturi, indiquez la fraction d'oxygène inspiré (FiO₂) plutôt que le débit d'oxygène.

Ventilation invasive

Indiquez toute forme de ventilation mécanique appliquée à l'aide d'une intubation ou trachéostomie. N'incluez pas les patients qui respirent indépendamment grâce à une trachéostomie.

Ventilation non invasive

Indiquez toute ventilation en pression positive effectuée au moyen d'un masque. Ceci peut être un appareil à pression positive continue (PPC, ou CPAP en anglais) ou à pression positive bilatérale à deux niveaux (BIPAP).

Fluides par voie orale/orogastrique

Indiquez tout fluide/nutriment délivré artificiellement au niveau du tractus gastro-intestinal (p. ex., sonde naso-gastrique, sonde naso-duodénale, gastrostomie), mais pas les patients chez qui la prise est orale.

Thérapie de remplacement rénal ou dialyse

Indiquez toute forme de thérapie de remplacement rénal continue ou d'hémodialyse intermittente.

Pire résultat

Le « pire résultat » est le résultat le plus éloigné de la normale physiologique ou biologique.

Les résultats rejetés par l'équipe clinique (p. ex. oxymétrie colorimétrique sur des extrémités à pauvre perfusion capillaire, échantillons sanguins hémolysés, résultats microbiologiques contaminés) ne doivent pas être signalés.

Tension artérielle : indiquez la tension artérielle systolique et diastolique lors de l'observation de la tension artérielle moyenne la plus basse (si la tension artérielle moyenne n'a pas été calculée, indiquez la mesure avec la tension artérielle systolique la plus basse).

Fréquence respiratoire : en cas d'observation de fréquences trop hautes et trop basses, indiquez la fréquence trop haute.

6. SIGNES ET SYMPTOMES A L'ADMISSION

Veillez fournir les détails des observations cliniques réalisées dans les 24 heures suivant l'admission. Dans le cas d'observations non réalisées immédiatement à l'admission, indiquez les premières données disponibles (signalées par le patient et/ou dans les dossiers médicaux) dans les 24 heures suivant l'admission.

Pour les patients admis suite à un diagnostic alternatif évident, mais qui ont ensuite développé un COVID-19, fournissez les dates au fur et à mesure mais signalez les observations pour les 24 heures suivant l'apparition des symptômes d'une infection COVID-19 soupçonnée ou confirmée.

7. MEDICAMENTS À L'ADMISSION

Signalez si le patient a reçu l'un de ces médicaments lors de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission. Pour les patients admis pour une autre raison et ayant ensuite développé un COVID-19, indiquez tous les médicaments administrés dans les 24 heures après le premier soupçon de COVID-19.

Détaillez tous les médicaments. Lors de la saisie des données sur le CRF électronique, une liste déroulante de différents médicaments sera fournie.

8. SOINS DE SUPPORT À L'ADMISSION

Indiquez tous les traitements reçus le jour de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission.

9. RESULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES A L'ADMISSION

Indiquez les résultats des examens réalisés lors de la consultation, de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission, ou les résultats existants le jour ou dans les 24 heures des premiers symptômes d'un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19.

Assurez-vous que toutes les mesures sont exprimées dans les unités spécifiées. Si d'autres unités ont été utilisées, précisez lesquelles. Lors du transfert des données sur la base de données électronique, vous trouverez une liste déroulante des différentes unités utilisées dans le monde.



ID PARTICIPANT | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SIGNES ET SYMPTOMES A L'ADMISSION (Inc = Inconnu)					
Antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Tirage sous-costal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Maux de tête	<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	Altération de l'état de conscience/confusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
avec hémoptysie	<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		
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
Écoulement nasal (rhinorrhée)	<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		
Respiration sifflante	<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		
Douleurs musculaires (myalgie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
Douleurs articulaires (arthralgie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Ulcères cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
Fatigue / Malaise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Lymphadénopathie	<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	Saignements (Hémorragie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
Incapacité à marcher	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	En cas d'hémorragie, préciser le(s) site(s) :			
Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Si oui, préciser :					
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 par 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="checkbox"/> Ribavirine <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inhibiteur de la neuraminidase					
<input type="checkbox"/> Interféron alpha <input type="checkbox"/> Interféron bêta <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____					
Corticostéroïde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, voie : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intraveineuse <input type="checkbox"/> 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 dans une USI ou une 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					
Débit d'O ₂ : <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/NI <input type="checkbox"/> Inc					
Ventilation non invasive ? (p. ex. BiPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A					
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					
RÉSULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES A L'ADMISSION (*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"/>

Date du suivi

Ce module doit être rempli le premier jour de l'admission en USI ou en unité de soins continus (USC), puis chaque jour aussi longtemps que les ressources le permettent. Pour les patients admis en USI/USC ou dans d'autres services de soins critiques, veuillez remplir également le module Soins critiques. Indiquez la date de suivi pour ce formulaire. Toutes les données doivent correspondre à cette date, de minuit à minuit.

10. PARAMETRES VITAUX

Veuillez consulter la section Instructions générales et définitions.

Déshydratation sévère

Indiquez la présence d'une déshydratation sévère à n'importe quel moment du jour de suivi. Les signes d'une déshydratation sévère comprennent soif, sécheresse des muqueuses, petites quantités d'urine foncée, yeux cernés, réduction de l'élasticité de la peau.

Score de Glasgow (GCS)

Indiquez le GCS le plus bas observé. Pour les patients entubés et ceux avec une trachéostomie non fenestrée, accordez 1 point pour la composante vocale et calculez le total de la manière habituelle. Il est impossible de saisir des suffixes, comme un t pour trachéostomie, dans la base de données.

Niveau de conscience (AVPU)

Alerte – réaction à la voix – réaction à la douleur – sans réaction : indiquez l'état de moindre réactivité du patient au cours de la journée (sans compter le sommeil normal).

11. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES QUOTIDIENNES

Cochez « Oui » pour tous les symptômes présents à n'importe quel moment de la date de suivi indiquée sur le formulaire.

12. RESULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES

Indiquez tous les résultats biologiques obtenus le jour du suivi. Le jour du suivi de ce formulaire doit correspondre à la date de prélèvement et non pas à la date de la transmission des résultats. Indiquez les unités utilisées pour chaque mesure. Si le laboratoire exprime ces résultats dans des unités différentes, indiquez l'unité utilisée dans la colonne « Valeur ». Une liste déroulante permet d'indiquer les unités utilisées dans la base de données.

13. MEDICAMENTS

Indiquez si le patient a reçu un ou plusieurs de ces médicaments à la date indiquée sur le formulaire de suivi. Choisissez tous les traitements reçus. Indiquez les noms génériques des médicaments administrés. Une liste déroulante permet d'indiquer les unités utilisées dans la base de données.

14. SOINS DE SUPPORT

Indiquez tous les traitements reçus durant ce jour de suivi (de minuit à minuit), quelle qu'en soit la durée.

ID PARTICIPANT | | | | | | | | - | | | | | | | |

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

Date du suivi | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PARAMETRES 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 Oui Non Inc
 Temps de remplissage capillaire sternal >2secondes Oui Non Inc Score de Glasgow(GCS/15) [] []
 Saturation en oxygène [] [] [] % O₂ à l'air ambiant Soins oxygénothérapie Inc **A V P U**
(encercler une réponse)

CARACTERISTIQUES CLINIQUES QUOTIDIENNES (Inc = Inconnu)

Toux avec expectorations	<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
Maux de gorge	<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
Douleurs thoraciques	<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
Souffle court	<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
Confusion	<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
		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 ? 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 : _____
 Corticostéroïde ? Oui Non Inconnu Si oui, voie : Orale Intraveineuse Inhalation
 Si oui, indiquer l'agent et la dose quotidienne maximale : _____
 Antibiotique ? Oui Non Inconnu Antifongique ? Oui Non Inconnu
 Antipaludique ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____
 Médicament expérimental ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____
 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Oui Non Inconnu
 Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE) Oui Non Inconnu
 Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) Oui Non Inconnu

SOINS DE SUPPORT *Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un des soins suivants ?* (Inc = Inconnu)

Admission en USI ou en unité de soins continus ? Oui Non Inc
 Oxygénothérapie ? Oui Non Inc Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous :
 Volume du débit d'O₂ : 1-5 l/min 6-10 l/min 11-15 l/min >15 l/min Inc
 Source d'oxygène : Tube Cylindre Concentrateur Inc
 Interface : Sondes nasales Canule nasale à haut débit Masque Masque avec réservoir Masque de CPAP/NI Inc
 Ventilation non invasive (de n'importe quelle sorte) ? Oui Non Inc
 Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? Oui Non Inc Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inc
 Membrane extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inc Position allongée ? Oui Non Inc
 Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? Oui Non Inc

Cette page doit être remplie lorsqu'un patient a quitté l'hôpital ou est décédé, en utilisant toutes les données disponibles pour toute la durée de son séjour à l'hôpital.

15. TEST DIAGNOSTIQUE / PATHOGENE

Radiographie/tomodensitométrie thoracique

Sélectionnez « Oui » si une radiographie ou tomodensitométrie thoracique a été réalisée à n'importe quel moment du séjour à l'hôpital du patient.

Présence d'infiltrats

Cochez la case de présence d'infiltrats s'ils ont été signalés par un radiologue. Vous pouvez aussi cocher « Oui » si vous avez les qualifications nécessaires pour interpréter les images ou si un membre expérimenté de l'équipe clinique en charge du patient a documenté que les images démontrent des « infiltrats », une « consolidation », des « opacités » ou des « signes radiologiques de pneumonie/pneumonite/SDRA ».

Test de présence du pathogène

Pour chaque pathogène, indiquez si le test était positif (on a trouvé le pathogène), négatif (on n'a pas trouvé le pathogène) ou Inconnu si on ne sait pas si le test a été réalisé.

Si un pathogène a été identifié, indiquez l'organisme identifié le plus précisément possible.

16. COMPLICATIONS

Sélectionnez toutes les complications identifiées cliniquement chez le patient à n'importe quel moment de son séjour à l'hôpital.

N'incluez pas les comorbidités connues (p. ex. une fibrillation auriculaire antérieure ne doit pas être incluse, mais l'apparition d'une fibrillation auriculaire lors du séjour à l'hôpital doit l'être)

Choc

Hypotension ne répondant pas à la réanimation intraveineuse et nécessitant des médicaments vasoactifs pour maintenir une perfusion capillaire suffisante.

Convulsions

Une syncope, convulsion ou « crise » de type épileptique est une contraction rythmique involontaire des muscles. Cochez « Oui » en cas de tout type de convulsion, quelle qu'en soit la cause (fièvre, épilepsie...).

Méningite / encéphalite

Inflammation des méninges ou du parenchyme cérébral. Cochez « Oui » en cas de diagnostic clinique, radiologique ou microbiologique.

MODULE 3 : à remplir à la sortie d'hôpital ou après le décès

TEST DIAGNOSTIC/PATHOGENE (Inc = Inconnu)			
Radiographie/tomodensitométrie thoracique réalisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Si oui: infiltrats présents ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc			
Un test de présence de pathogène a-t-il été réalisé durant cet épisode de la maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc			
Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous :			
Virus de la grippe : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait Si positif, type _____			
Coronavirus : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait Si positif : <input type="checkbox"/> MERS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Autre _____			
Autre pathogène des voies respiratoires : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait Si positif, préciser _____			
Fièvre hémorragique virale : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait Si positif, spécifier le virus _____			
Autre pathogène d'intérêt pour la santé publique détecté : Si oui, préciser : _____			
Paludisme à P. falciparum : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait Paludisme non falciparum : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait			
VIH : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas fait			
COMPLICATIONS : A 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
		Si oui, préciser _____	
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 ? <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="checkbox"/> Ribavirine <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inhibiteur de la neuraminidase			
Interféron alpha <input type="checkbox"/> Interféron bêta <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			
Antibiotique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser : _____			
Corticostéroïde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, voie : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intraveineuse <input type="checkbox"/> Inhalation			
Si oui, préciser l'agent et la dose quotidienne maximale : _____			
Antifongique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser : _____			
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 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
Date de l'admission en USI : [] <input type="checkbox"/> N/A			
Date de sortie de l'USI : [] <input type="checkbox"/> En USI à l'issue de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> N/A			
Oxygénothérapie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, répondre à toutes les questions : Durée totale : _____ jours			
Volume du débit d'O ₂ : <input type="checkbox"/> 0-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> > 15 l/min			
Source d'oxygène : <input type="checkbox"/> Tube <input type="checkbox"/> Cylindre <input type="checkbox"/> Concentrateur			
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/NI			
Ventilation non invasive ? (p. ex. BiPAP, CPAP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
Membrane extracorporelle (ECMO) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
Position allongée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
Inotropes/vasopresseurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, durée totale : _____ jours			
ISSUE			
Issue : <input type="checkbox"/> Patient sorti vivant de l'hôpital <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Transféré à un autre établissement <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Sortie avec soins de support <input type="checkbox"/> Inconnu			
Date de l'issue : [] <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> La même qu'avant la maladie <input type="checkbox"/> Pire <input type="checkbox"/> Meilleure <input type="checkbox"/> Inconnu			

