

***Une nouvelle version actualisée (23 AVRIL 2020) du WHO/ISARIC COVID-19 CORE CRF a été produite. Un résumé des modifications entre les versions v1.3 (la présente version) et la nouvelle version est disponible sur ce site : <https://isaric.tghn.org/COVID-19-CRF/>. La traduction française est en cours de préparation et sera disponible prochainement sur le site Web. Entretemps, veuillez continuer d'utiliser la présente v1.3.***

**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](mailto: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](mailto: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**

<b>COMORBIDITES</b>			
<b>Comorbidités et facteurs de risque – Le score de Charlson sera calculé pour chaque patient lors de l'analyse.</b>			
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	_____	

<b>DEBUT DE SYMPTOMES &amp; ADMISSION</b>
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<sup>e</sup> jour ou sortie du patient ou décès)

SECTION QUOTIDIENNE
<p><b>DATE de l'examen (JJ/MM/AAAA):</b> [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ]</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 (dans les 24 dernières heures)</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON FiO<sub>2</sub> (0.21-1.0) [ ][ ], [ ][ ][ ][ ] ou [ ][ ][ ][ ]L/min</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SaO<sub>2</sub> [ ][ ][ ][ ]%</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PaO<sub>2</sub> au moment de la prise de la FiO<sub>2</sub> inscrite au-dessus [ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PaO<sub>2</sub> type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON du même gaz du sang que pour la mesure de la PaO<sub>2</sub> : PCO<sub>2</sub> _____ <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON pH _____</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> _____ mEq/L</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Excès de bases _____ mmol/L</p> <p><b>Echelle AVPU</b>    Alerte [ ][ ]    Réponse verbale [ ][ ]    Réponse à un stimulus douloureux [ ][ ]    Pas de réponse [ ][ ]</p> <p><b>Score de Glasgow (GCS / 15)</b> [ ][ ][ ]</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Echelle de Richmond Agitation-Sedation (RASS) [ ][ ]</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Echelle de Riker Sedation-Agitation (SAS) [ ][ ]</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle systolique [ ][ ][ ][ ][ ]mmHg</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle diastolique [ ][ ][ ][ ][ ]mmHg</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pression artérielle moyenne [ ][ ][ ][ ][ ]mmHg</p> <p><b>Fait</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diurèse [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]mL/24 h <input type="checkbox"/> à cocher si estimée</p>
<p><b>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) :</b></p> <p><b>Ventilation non-invasive (par exemple VSPPC, VSPPBI) ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Ventilation mécanique ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>ECMO (par membrane extracorporelle)</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Oxygénothérapie à haut débit par canule nasale</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Dialyse/Hémodilution ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Agents vasopresseurs et inotropes ?</b> <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;"><b>Dopamine &lt;5µg/kg/min OU Dobutamine OU milrinone OU levosimendan :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>Dopamine 5-15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine &lt;0.1µg/kg/min OU vasopressine OU phényléphrine :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>Dopamine &gt;15µg/k/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine &gt;0.1µg/kg/min :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Agents bloquant la transmission neuromusculaire ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Inhalation de Monoxyde d'Azote ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Trachéotomie ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A    <b>Décubitus ventral ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Autre intervention ou procédure :</b> <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 \_\_\_\_\_  x10<sup>9</sup>/L ou  x10<sup>3</sup>/μL

Fait  OUI  NON Lymphocytes \_\_\_\_\_  x10<sup>3</sup>/μL

Fait  OUI  NON Neutrophiles \_\_\_\_\_  x10<sup>3</sup>/μL

Fait  OUI  NON Hématocrite [ ][ ][ ]%

Fait  OUI  NON Plaquettes \_\_\_\_\_  x10<sup>9</sup>/L ou  x10<sup>3</sup>/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	