

## CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CASE REPORT FORM - CRF) COVID-19 BASE DE DONNÉES POUR LA CARACTÉRISATION CLINIQUE D'UNE INFECTION RESPIRATOIRE AIGÛE

### STRUCTURE DE CE CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF)

Ce CRF est divisé en modules à utiliser pour consigner les données dans la base de données ISARIC\_nCov Core Database ou dans le cadre d'études indépendantes.

**Module 1 et Module 2** à remplir le premier jour de la consultation ou de l'admission ou le premier jour de l'évaluation du COVID-19.

**Module 2** à remplir également lors du premier jour de l'admission dans une USI ou une unité de soins continus. Remplir également chaque jour aussi longtemps que les ressources le permettent et jusqu'à un maximum de 14 jours. Continuez à suivre les patients qui sont transférés dans d'autres salles.

**Module 3** (Issue) 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'exams cliniques, d'entrevues et de la consultation des notes de l'hôpital. Les données peuvent être recueillies préalablement ou rétrospectivement si le patient est inscrit après la date de son admission.
- Le numéro d'identification du participant comprend un code de 5 caractères spécifique à l'établissement et un code de 4 caractères 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](mailto:ncov@isaric.org). Les numéros de participant seront attribués de manière séquentielle en commençant avec 0001. 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, il est acceptable d'attribuer les numéros en blocs ou d'incorporer des caractères alphabétiques. Par exemple, le service X attribuera les numéros en commençant avec 0001 ou A001 et le service Y attribuera les numéros en commençant avec 5001 ou B001. Notez le numéro d'identification du patient en haut de chaque page.
- Des CRF imprimés sur papier peuvent être utilisés et transférés ensuite sur la base de données électronique.
- Pour les participants qui sont ré-admis dans le même établissement, **commencez un nouveau formulaire avec le même numéro d'identification du participant**. Cochez « OUI - admis précédemment » dans la section SURVENUE ET ADMISSION. Consignez les informations comme deux signalements différents dans la base de données électronique.
- Pour les participants transférés entre deux établissements qui recueillent tous deux les données sur ce formulaire, il est préférable que les données soient consignées par un seul établissement comme une seule admission, sous le même numéro d'identification du participant. Lorsque ce n'est pas possible, le premier établissement devra signaler le « Transfert dans un autre établissement » comme ISSUE et le second établissement devra commencer un nouveau formulaire avec un nouveau numéro patient et indiquer « OUI - transféré » dans la section SURVENUE ET ADMISSION.
- Remplissez chaque ligne de chaque section, sauf si les instructions vous demandent de sauter une section sur base d'une de vos réponses.
- Les sélections comprenant des cercles (○) n'acceptent qu'une seule réponse (sélectionnez une seule réponse). Les sélections comprenant des carrés (□) acceptent plusieurs réponses (sélectionnez toutes les réponses pertinentes).
- Indiquez « Pas fait » pour tout résultat de test biologique non disponible, sans objet ou inconnu.
- 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.
- Veillez garder tous les feuillets concernant un même patient ensemble, par exemple en les agrafant ou en utilisant une farde pour chaque patient.
- Veillez transférer toutes les données des CRF papier sur la base de données électronique. Tous les CRF papier doivent être conservés par l'établissement, ne nous envoyez aucun formulaire. Les données ne sont acceptées que par le biais de la base de données électronique sécurisée.
- Veillez 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.
- Veillez nous contacter à l'adresse [ncov@isaric.org](mailto: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 1 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF) CONSULTATION/ADMISSION

<b>SIGNES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION</b> <i>(Inc = Inconnu)</i>			
Antécédents de fièvre	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Fatigue / Malaise	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Toux	<input type="radio"/> Oui-sèche <input type="radio"/> OUI-grasse (expectorations) <input type="radio"/> OUI-avec hémoptysie <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Anorexie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
		Altération de l'état de conscience/confusion	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Maux de gorge	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Douleurs musculaires (myalgie)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Écoulement nasal (rhinorrhée)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Douleurs articulaires (arthralgie).	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Respiration sifflante (sibilance)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Incapacité à marcher	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Souffle court	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Douleurs abdominales	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Tirage sous-costal	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Diarrhée	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Douleurs thoraciques	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Vomissements / Nausées	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Conjonctivite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Éruptions cutanées	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Lymphadénopathie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Saignement (Hémorragie)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Maux de tête	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Si OUI, préciser le(s) site(s) :	
Perte de l'odorat (anosmie)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Autre(s) symptôme(s)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Perte du sens du goût (agueusie)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Si OUI, préciser :	
Convulsions	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc		

<b>MÉDICAMENTS PRÉ-ADMISSION</b> <i>(Pris dans les 14 jours précédant l'admission/consultation dans un établissement de santé)</i>	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Stéroïdes par voie orale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc Si OUI, agent(s) :
Autres agents immunosuppresseurs (sauf stéroïdes par voie orale)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc Si OUI, agent(s) :
Antiviraux	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc Si OUI, agent(s) :
Antibiotiques	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc Si OUI, agent(s) :
Autres médicaments ciblant le COVID-19	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc Si OUI, agent(s) :

<b>COMORBIDITÉS ET FACTEURS DE RISQUE</b> <i>(existant avant l'admission et actuels)</i>			
Cardiopathie chronique <i>(sauf hypertension)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Pathologie hématologique chronique	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Hypertension	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	SIDA / VIH	<input type="radio"/> OUI-sous ART <input type="radio"/> OUI-pas sous ART <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Maladie respiratoire chronique <i>(sauf asthme)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Diabète	<input type="radio"/> OUI-Type 1 <input type="radio"/> OUI -Type 2 <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Asthme <i>(diagnostiquée par un médecin)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Affection rhumatismale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Insuffisance rénale chronique	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Démence	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Obésité <i>(définie par le personnel médical)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Tuberculose	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Insuffisance hépatique modérée ou sévère	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Malnutrition	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Insuffisance hépatique légère	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Tabagisme	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> N'a jamais fumé <input type="radio"/> Fumeur sévère <input type="radio"/> Inc
Asplénie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Autre(s) facteur(s) de risque pertinent(s)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Trouble neurologique chronique	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Si OUI, précisez :	
Néoplasme malin	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc		

## MODULE 2 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT JOURNALIER

À remplir le jour de l'admission ou le jour des premiers examens relatifs au COVID-19, et le premier jour de l'admission en USI (si différent du jour d'admission). Selon les ressources disponibles, à remplir aussi chaque jour pendant 14 jours au maximum, ou les jours où des résultats biochimiques sont disponibles.

### SIGNES ET SYMPTÔMES (Signalez les pires valeurs entre 00:00 et 24:00 le jour de l'évaluation)(pire = le plus éloigné de la normale)

DATE DE L'ÉVALUATION (JJ/MM/AAAA) : [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ 2 ][ 0 ][ A ][ A ]

Température : [ ][ ][ ].[ ][ ] °C ou °F FC : [ ][ ][ ] battements par minute FR : [ ][ ][ ] respirations par minute

TA systolique : [ ][ ][ ] mmHg TA Diastolique : [ ][ ][ ] mmHg Saturation en oxygène SaO<sub>2</sub> [ ][ ][ ] %

Supplémentation en oxygène : FiO<sub>2</sub> (0,21-1,0) [ ][ ], [ ][ ][ ] ou [ ][ ][ ] % ou [ ][ ][ ] l/min

Temps de remplissage capillaire sternal > 2 secondes  OUI  NON  Inconnu

AVPU : Alerte [ ][ ] Réaction à la voix [ ][ ] Réaction à la douleur [ ][ ] Sans réaction [ ][ ] Échelle de Glasgow (GCS / 15) [ ][ ][ ]

### Le patient reçoit-il actuellement ou a-t-il reçu (entre 00:00 et 24:00 le jour de l'évaluation)

Oxygénothérapie à haut débit par canule nasale ?  OUI  NON  Inconnu

Ventilation non invasive (de tout type) ?  OUI  NON  Inconnu Si OUI :  BIPAP  CPAP  Autre  Inconnu

Ventilation invasive ?  OUI  NON  Inconnu

Position allongée ?  OUI  NON  Inconnu

Inhalation de monoxyde d'azote ?  OUI  NON  Inconnu

Placement d'une trachéostomie ?  OUI  NON  Inconnu

Assistance respiratoire extracorporelle (AREC/ ECMO) ?  OUI  NON  Inconnu Si OUI :  VV  VA  Centrale  Inconnu

Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ?  OUI  NON  Inconnu

Agent vasopresseur/inotrope ?  OUI  NON  Inconnu (Si NON, cochez NON pour les 3 questions suivantes)

Dopamine < 5 µg/kg/min OU Dobutamine OU milrinone OU levosimendan :  OUI  NON

Dopamine 5-15 µg/kg/min OU Épinéphrine/Norépinéphrine < 0,1 µg/kg/min OU vasopressine OU phényléphrine :  OUI  NON

Dopamine > 15 µg/k/min OU Épinéphrine/Norépinéphrine > 0,1 µg/kg/min :  OUI  NON

Inhibiteurs neuromusculaires ?  OUI  NON  Inconnu

Autre(s) intervention(s) ou procédure(s) ?  OUI  NON  Inconnu Si OUI, précisez : \_\_\_\_\_

Admission actuelle en USI/Unité de soins intermédiaires/USC ?  OUI  NON  Inconnu (Indiquez la pire valeur mesurée le jour de l'évaluation)

PaO<sub>2</sub> (dans le délai le plus proche de la mesure de la FiO<sub>2</sub> signalée en haut de la page) [ ][ ][ ] kPa ou  mmHg  Pas fait

Type de prélèvement pour la PaO<sub>2</sub> :  Artériel  Capillaire  Inconnu

De la même mesure des gaz du sang que la PaO<sub>2</sub> :

PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa ou  mmHg | pH \_\_\_\_\_ | HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_ mEq/l | Excès de bases \_\_\_\_\_ mmol/l

Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) [ ][ ] ou Échelle de vigilance-agitation de Riker (SAS) [ ][ ]  Inconnu

Tension artérielle moyenne [ ][ ][ ][ ] mmHg  Inconnu

Débit urinaire [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ml/24 heures  Cochez si estimé  Inconnu

## MODULE 2 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT JOURNALIER

À remplir le jour de l'admission ou le jour des premiers examens relatifs au COVID-19, et le premier jour de l'admission en USI (si différent du jour d'admission). Selon les ressources disponibles, à remplir aussi chaque jour pendant 14 jours au maximum, ou les jours où des résultats biochimiques sont disponibles.

**RÉSULTATS DES ANALYSES BIOLOGIQUES (à l'admission, à toute admission en ISU, puis chaque jour) – remplissez toutes les lignes**

**DATE DE L'ÉVALUATION (JJ/MM/AAAA) :** [ ][ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Indiquez la pire valeur entre 00:00 et 24:00 le jour de l'évaluation (si non disponible, écrire ND)

**RÉSULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES ( \*notez les unités si différentes de celles mentionnées)**

Paramètre	Valeur*	Pas fait	Paramètre	Valeur*	Pas fait
Hémoglobine (g/l)		<input type="radio"/>	Azote urique sanguin (BUN) (mmol/l)		<input type="radio"/>
Numération leucocytaire (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="radio"/>	Lactate (mmol/l)		<input type="radio"/>
Numération lymphocytaire (10 <sup>9</sup> /l)		<input type="radio"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="radio"/>
Numération des neutrophiles (10 <sup>9</sup> /l)		<input type="radio"/>	Sodium (mmol/l)		<input type="radio"/>
Hématocrite (%)		<input type="radio"/>	Potassium (mmol/l)		<input type="radio"/>
Plaquettes (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="radio"/>	Procalcitonine (ng/ml)		<input type="radio"/>
TCA (secondes)		<input type="radio"/>	CRP (mg/l)		<input type="radio"/>
Rapport TCA		<input type="radio"/>	LDH (U/l)		<input type="radio"/>
TP (secondes)		<input type="radio"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="radio"/>
INR		<input type="radio"/>	Troponine I (ng/ml)		<input type="radio"/>
ALAT/SGPT (U/l)		<input type="radio"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="radio"/>
Bilirubine totale (µmol/l)		<input type="radio"/>	Ferritine (ng/ml)		<input type="radio"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="radio"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="radio"/>
Glucose (mmol/l)		<input type="radio"/>			

### MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

<b>TRAITEMENT : À N'IMPORTE QUEL moment de son hospitalisation, le patient a-t-il reçu les soins suivants :</b>	
Oxygénothérapie ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Débit volumique d'O <sub>2</sub> maximal : <input type="radio"/> < 2 l/min <input type="radio"/> 2-5 l/min <input type="radio"/> 6-10 l/min <input type="radio"/> 11-15 l/min <input type="radio"/> > 15 l/min	
Ventilation non invasive ? (De tout type) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Ventilation invasive ? (De tout type) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Position allongée ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Inhalation de monoxyde d'azote ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	
Placement d'une trachéostomie ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	
Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	
Inotropes/vasopresseurs ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	Si OUI, durée totale : _____ jours <input type="radio"/> Inconnu
Admission dans une USI ou une unité de soins continus ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	
Si OUI, date d'admission en USI : [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] <input type="radio"/> Inconnu	
date de sortie de l'USI : [ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ] <input type="radio"/> Inconnu	

<b>COMPLICATIONS : À n'importe quel moment de son hospitalisation, le patient a-t-il souffert de : (Inc = Inconnu)</b>			
Pneumonie/pneumonite virale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Pneumonie bactérienne	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Méningite / encéphalite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Bactériémie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Si OUI, précisez : <input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Sévère <input type="radio"/> Inc		Trouble de la coagulation / CIVD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Pneumothorax	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Embolie pulmonaire	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Épanchement pleural	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Anémie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Bronchiolite oblitérante avec organisation pneumonique (BOOP)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Rhabdomyolyse / myosite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Bronchiolite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Lésion rénale aiguë / insuffisance rénale aiguë	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Arrêt cardiaque	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Hémorragie gastro-intestinale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Infarctus du myocarde	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Pancréatite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Ischémie cardiaque	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Dysfonctionnement hépatique	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Arythmie cardiaque	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Hyperglycémie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Myocardite / péricardite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Hypoglycémie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc
Endocardite	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc	Autre  Si OUI, précisez :	
Cardiomyopathie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc		
Insuffisance cardiaque congestive	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc		
Convulsions	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inc		



**MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE**
**DIAGNOSTICS**

Le patient a-t-il reçu un diagnostic clinique de COVID-19 ?  OUI  NON  Inconnu

Une recherche de pathogène a-t-elle été réalisée durant cet épisode de la maladie ?  OUI (remplissez la section)  NON  Inconnu

**Coronavirus :**  Positif  Négatif  Pas fait **Si Positif :**  COVID-2019/ SARS-CoV2  MERS CoV  
 Autre CoV : \_\_\_\_\_  Inconnu

**Grippe :**  Positif  Négatif  Pas fait **Si Positif :**  A/H3N2  A/H1N1pdm09  A/H7N9  A/H5N1  A-type non déterminé  
 B  Autre : \_\_\_\_\_  Inconnu

**VRS :**  Positif  Négatif  Pas fait

**Adénovirus :**  Positif  Négatif  Pas fait

**Bactéries :**  Positif  Négatif  Pas fait **Si positif, précisez :** \_\_\_\_\_  Inconnu

**Autre(s) pathogène(s) détecté(s) :**  OUI  NON  Inconnu **Si OUI, indiquez-les tous :** \_\_\_\_\_  Inconnu

\*\*\*\*\*

**Diagnostic de pneumonie clinique ?**  OUI  NON  Inconnu

**Radiographie thoracique réalisée ?**  OUI  NON  Inconnu **Si Oui : Infiltrats présents ?**  OUI  NON  Inconnu

**Tomodensitométrie réalisée ?**  OUI  NON  Inconnu **Si Oui : Infiltrats présents ?**  OUI  NON  Inconnu

Date du prélèvement (JJ/MM/AAAA)	Type de biospécimen	Méthode de test biologique	Résultat	Pathogène testé/détecté
J _ J _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP <input type="radio"/> Écouvillon de gorge <input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP + écouvillon de gorge <input type="radio"/> Expectoration <input type="radio"/> LBA <input type="radio"/> Aspiration endotrachéale <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> Fèces/écouvillon rectal <input type="radio"/> Sang <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Culture <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu	
J _ J _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP <input type="radio"/> Écouvillon de gorge <input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP + écouvillon de gorge <input type="radio"/> Expectoration <input type="radio"/> LBA <input type="radio"/> Aspiration endotrachéale <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> Fèces/écouvillon rectal <input type="radio"/> Sang <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Culture <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu	
J _ J _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP <input type="radio"/> Écouvillon de gorge <input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP + écouvillon de gorge <input type="radio"/> Expectoration <input type="radio"/> LBA <input type="radio"/> Aspiration endotrachéale <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> Fèces/écouvillon rectal <input type="radio"/> Sang <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Culture <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu	
J _ J _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP <input type="radio"/> Écouvillon de gorge <input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP + écouvillon de gorge <input type="radio"/> Expectoration <input type="radio"/> LBA <input type="radio"/> Aspiration endotrachéale <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> Fèces/écouvillon rectal <input type="radio"/> Sang <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Culture <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu	
J _ J _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP <input type="radio"/> Écouvillon de gorge <input type="radio"/> Écouvillon nasal/NP + écouvillon de gorge <input type="radio"/> Expectoration <input type="radio"/> LBA <input type="radio"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Urine <input type="radio"/> Fèces/écouvillon rectal <input type="radio"/> Sang <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Culture <input type="radio"/> Autre, Précisez : _____	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu	

