

**Ce Questionnaire sur la COVID-19 a été adapté à partir de celui de ISARIC/OMS. Accessible sur :**  
[https://media.tghn.org/medialibrary/2020/05/ISARIC\\_WHO\\_nCoV\\_CORE\\_CRF\\_23APR20.pdf](https://media.tghn.org/medialibrary/2020/05/ISARIC_WHO_nCoV_CORE_CRF_23APR20.pdf)

Le questionnaire collecte des données sociodémographiques et cliniques de base sur les cas suspects et confirmés de la COVID-19. Pour plus d'informations, veuillez consulter le document de gestion des données.

### DIRECTIVES GENERALES :

- Le questionnaire est conçu pour collecter des données obtenues à partir d'entretiens, d'exams physiques, les visites des patients hospitalisés et de rapports d'hospitalisation. Les données peuvent être collectées rétrospectivement ;
- Les numéros d'identification des participants se composent d'un code de site à trois chiffres et d'un numéro de participant à quatre chiffres ;
- Les données doivent être saisies dans une base de données électronique REDCap préparée à cet effet (de préférence). Les questionnaires papiers imprimés peuvent être utilisés pour le transfert ultérieur des données dans la base de données électronique. Si des questionnaires papiers sont utilisés, nous vous recommandons d'écrire clairement au stylo (couleur noir) et en LETTRE MAJUSCULE ;
- Dans le cas d'un participant qui change de site, nous recommandons de conserver le même numéro d'identification du participant ;
- Remplissez chaque ligne de chaque section, sauf lorsque les instructions indiquent de sauter une section en fonction de certaines réponses ;
- Les sélections avec des cercles (●) sont des réponses à choix unique (choisissez une seule réponse). Les sélections avec des carrés (□) sont des réponses à choix multiple (choisissez autant de réponses que possible) ;
- Indiquez "N/A" pour tout résultats/valeurs de laboratoire ou toute autre information qui n'est pas disponible, non applicable ou inconnue
- Évitez d'enregistrer des données en dehors des zones réservées. Des sections sont disponibles pour l'enregistrement d'informations supplémentaires ;
- Placez un (X) lorsque vous choisissez la réponse correspondante. Pour apporter des corrections, barrez d'un trait (-----) les données que vous souhaitez supprimer et inscrivez les données correctes au-dessus. Veuillez apposer vos initiales et dater toutes les corrections ;
- Veuillez conserver ensemble toutes les fiches appartenant à un seul participant, par exemple avec une agrafe ou un dossier unique pour le participant ;
- Veuillez entrer toutes les données des questionnaires papiers dans la base de données électronique (REDCap). Tous les questionnaires papiers doivent être stockés dans un locale à accès limité. N'envoyez/transmettez aucun formulaire contenant des informations permettant d'identifier le patient par courrier électronique (email) ou postal, sauf autorisation du Comité d'éthique ou du Ministère de la Santé et des personnes autorisées à cet effet.

IDENTIFIANT AGENT DE COLLECTE DES DONNEES			
Prénoms & Nom			
Centre de Traitement COVID	<input type="radio"/> Donka	<input type="radio"/> Kenien	<input type="radio"/> GBessia
Situation (Region/Province/Pays etc.)			
Téléphone			
Email			

Date de remplissage du questionnaire : [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] (JJ/MM/ANNEE)

### SECTION 1 : PRESENTATION/HOSPITALISATION

Critères cliniques d'inclusion		
Infection COVID-19 suspectée ou avérée comme cause principale d'hospitalisation	<input type="radio"/> Suspectée	<input type="radio"/> Confirmée
Prélèvement d'échantillon	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Date de prélèvement de l'échantillon	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)	
Date de réception du résultats	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)	
Catégorisation du Cas		
<input type="radio"/> Nouveau Cas ( <i>Collecte Prospective</i> )	<input type="radio"/> Hospitalisation en cours ( <i>collecte rétrospective et prospective</i> )	
<input type="radio"/> Sorti de l'hôpital ( <i>collecte rétrospective seulement</i> )	<input type="radio"/> Décédé ( <i>collecte rétrospective seulement</i> )	

Données Sociodémographiques			
Date de naissance	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Age	[ _ ] [ _ ] [ _ ] (années)	Ou [ _ ] [ _ ] mois ( <i>si âge &lt; 12 mois</i> )	
Sexe	<input type="radio"/> Masculin	<input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> Non spécifié
Résidence	<input type="radio"/> Commune (Dixinn, Ratoma, Matam, Matoto, Kaloum)	<input type="radio"/> Préfecture (Coyah, Forécariah, Dubréka, Kindia, Boké, Boffa, Fria, Mamou, Dalaba, Pita, Labé, Téliélé, Faranah, Kankan, N'Zérékoré, etc.) [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	<input type="radio"/> Quartier [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]
Pays de résidence [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	Nationalité [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]		
Niveau d'éducation	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Secondaire <input type="radio"/> Universitaire <input type="radio"/> Post-universitaire <input type="radio"/> Autre _____		
Profession ( <i>où il passe la plupart de son temps de travail</i> )	_____		
Profession ( <i>principale source de revenus</i> )	<input type="radio"/> même que ci-dessus   Autre : Précisez _____		
Lieu de travail ( <i>avec données de localisation</i> )	_____		
Employé comme Agent de santé ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Employé d'un laboratoire de microbiologie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A

Ethnicité (une seule réponse possible):	<input type="radio"/> Arabe <input type="radio"/> Noir <input type="radio"/> Asiatique du sud <input type="radio"/> Asiatique de l'est <input type="radio"/> Asiatique de l'ouest
	<input type="radio"/> Latino-américain <input type="radio"/> Blanc <input type="radio"/> Aborigène/1 <sup>ère</sup> nations
	<input type="radio"/> Autre _____ <input type="radio"/> Inconnu

Parcours de soins du cas (Structures de santé visitées avant l'arrivée au centre de traitement actuel. Répéter pour autant de visites que nécessaire)			
A consulté un établissement de soins	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Non de la structure	[ _____ ]	Adresse (quartier/commune) [ _____ ]	
Type de structure de santé	<input type="radio"/> Hôpital/Clinique	<input type="radio"/> Pharmacie	
	<input type="radio"/> Professionnel de santé hors d'un établissement	<input type="radio"/> N/A	
Date de la consultation	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)	<input type="radio"/> Inconnu	

Référence et Hospitalisation	
Appel du numéro d'urgence	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date d'appel du numéro d'urgence	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE) <input type="radio"/> N/A
Date d'hospitalisation dans le centre de traitement	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)
Heure d'admission (format 24-heures)	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] (HH :MM) <input type="radio"/> Inconnu
Référé d'une autre structure	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI,</i>	Nom de la structure _____
	Localisation _____
<i>Si OUI, date d'admission dans la structure référente</i>	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE) <input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, numéro d'identification du patient dans la structure référente</i>	<input type="radio"/> Même que celui utilisé actuellement
	<input type="radio"/> Différent [ _ ] [ _ ] [ _ ] - [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]

Caractéristiques Épidémiologiques			
<i>Au cours des 14 jours précédant le début de la maladie, le patient a-t-il présenté l'une des caractéristiques suivantes ?</i>			
Voyage en dehors de la ville/préfecture <i>(capturer tous les événements de voyage)</i>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
<i>Si OUI, préciser le (s) lieu (x)</i>	_____		
Date de retour	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)		<input type="radio"/> N/A
Contact étroit* avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 pendant que le patient était asymptomatique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Fréquentation d'une structure de santé où des cas de COVID-19 ont été pris en charge	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Présence dans un laboratoire où des échantillons des cas suspect ou confirmé COVID-19 ont été traités/manipulés	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Contact direct avec des animaux, de la viande crue ou piqûres d'insectes au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
<i>Si OUI, remplir la section EXPOSITION aux ANIMAUX</i>			
* Contact étroit est définie comme :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposition associée aux soins de santé, y compris la fourniture de soins directs aux patients atteints du nouveau coronavirus. Exemple : professionnels de santé, travailler avec des professionnels de santé infectés par le nouveau coronavirus, visiter ou rester dans le même environnement qu'un patient infecté par le nouveau coronavirus ou l'exposition directe à des fluides corporels, y compris les aérosols</li> <li>- Travailler ensemble, à proximité immédiate ou partager le même environnement classe avec un patient infecté par le nouveau coronavirus</li> <li>- Voyager avec un patient infecté par le nouveau coronavirus dans n'importe quel type de moyen de transport</li> <li>- Vivre dans le même ménage qu'un patient infecté par le nouveau coronavirus</li> </ul>			

Grossesse et période postpartum			
La patiente est-elle enceinte ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu <input checked="" type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, nombre de semaines d'aménorrhées</i>	[ _ ] [ _ ] semaines		
Période postpartum < 6 semaine après l'accouchement (si NON ou N/A, aller la section « Enfant »)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Issue de la grossesse	<input type="radio"/> Naissance vivante	<input type="radio"/> Mort-né	
Data de l'accouchement	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Nourrissons et enfants de moins de 5 ans uniquement			
Nourrisson (<1 an) infecté ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON (Si NON sautez cette section)	
Poids à la naissance	[ _ ] [ _ ] . [ _ ] (Kg)	<input type="radio"/> N/A	
Issue de grossesse	<input type="radio"/> Grossesse à terme (≥37 semaines)	<input type="radio"/> Prématuré (<37semaines)	<input type="radio"/> N/A
Allaité ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A

Si OUI,	<input type="radio"/> Actuellement allaité	<input type="radio"/> Arrêt de l'allaitement à [ _ ] [ _ ] Semaines	<input type="radio"/> N/A
Développement adapté à l'âge ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Vaccination appropriée pour l'âge selon le pays ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> N/A
<b>Information sur les vaccins</b>			
Enfants âgés de ≤ 5 ans ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
<b>A compléter pour les enfants de &lt;5 ans</b>			
Statut vaccinal de l'enfant à jour pour tous les vaccins	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Confirmation dans le carnet vaccinal	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu

Si **OUI** pour les questions ci-dessus, ignorer la section suivante

Compléter cette section si vous avez répondu **NON** ou **Inconnu** à l'une des questions ci-dessus :

Age	Vaccin	Reçu	Confirmation du carnet de vaccination
A la naissance	BCG	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	VPO 0	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Hépatites B	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
A 6 Semaines	VPO 1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	DPT/ Hep B/ Hib 1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Pneumocoque 1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Rotavirus 1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
A 10 Semaines	VPO 2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	DPT/ Hep B/ Hib 2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Pneumocoque 2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Rotavirus 2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
A 14 Semaines	VPO 3	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	DPT/ Hep B/ Hib 3	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Pneumocoque 3	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	IPV	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
A 9 mois	Rougeole-Rubéole 1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Yellow Fever	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
A 18 mois	Rougeole-Rubéole 2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Méningites A	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	LLIN	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

**Supplémentation de la vitamine A**

Supplémentation vitamine A à jour pour l'âge de l'enfant	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Confirmation du carnet de supplémentation en vitamine A	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu

Si vous avez répondu **OUI** aux deux questions ci-dessus, ignorez la section suivante

Remplissez cette section si vous avez répondu **NON** ou **Inconnu** à l'une des questions ci-dessus

Age (ans)	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
Supplémentation reçue	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON									
Confirmation du carnet de supplémentation	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON									

**Administration de Déparasitant**

Administration de déparasitant à jour pour l'âge de l'enfant	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Confirmation du carnet de déparasitage	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu

Si vous avez répondu OUI aux deux questions ci-dessus, ignorez la section suivante

Remplissez cette section si vous avez répondu NON ou Inconnu à l'une des questions ci-dessus

Age (ans)	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
Administration de déparasitant	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON						
Confirmation du carnet de déparasitage	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON						

**Signes et Symptômes à l'Admission** (observés/rapportés avant l'hospitalisation et associés à ce présent épisode aigu de maladie. Les symptômes peuvent être présents ou non au moment de l'entretien/consultation)

Si OUI, préciser la Date début  
(JJ/MM/ANNEE)

	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Antécédent de fièvre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Toux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
<i>Sèche</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
<i>Productive</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
<i>Sanglante/hémoptysie</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Mal de gorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Écoulement nasal (rhinorrhée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleur à l'oreille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Sifflement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs thoraciques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs musculaires (Myalgie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs articulaires (Arthralgie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Essoufflement (dyspnée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Anosmie (perte de l'odorat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Agueusie (perte du goût)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Troubles de la conscience/confusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Crises convulsives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Vomissements / Nausées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Perte de la parole ou du mouvement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Conjonctivite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Éruption cutanée/décoloration de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Ulcères de la peau	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]
Œdème	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]
Palpitations	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]
Saignement (Hémorragie)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]
En cas de saignement préciser le (s) site(s) : _____				
Autres symptômes	[ _____ ]		[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	
Autres symptômes	[ _____ ]		[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	

<b>Traitement avant hospitalisation</b> (pris dans les 14 jours précédant l'hospitalisation/la présentation dans l'établissement de santé actuel)			
<b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, sélectionnez un IECA</i>	<input type="radio"/> Benazepril (Lotensin)	<input type="radio"/> Captopril	<input type="radio"/> Fosinopril
	<input type="radio"/> Enalapril (Vasotec)	<input type="radio"/> Moexipril	<input type="radio"/> Trandolapril
	<input type="radio"/> Lisinopril (Prinivil, Zestril)	<input type="radio"/> Perindopril	<input type="radio"/> Ramipril (Altace)
	<input type="radio"/> Quinapril (Accupril)	<input type="radio"/> Autres, préciser : _____	
<i>Voie d'administration</i>	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	
<b>Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, sélectionnez un ARA</i>	<input type="radio"/> Candesartan (Atacand)	<input type="radio"/> Eprosartan	<input type="radio"/> Irbesartan (Avapro)
	<input type="radio"/> Losartan (Cozaar)	<input type="radio"/> Olmesartan (Benicar)	<input type="radio"/> Azilsartan (Edarbi)
	<input type="radio"/> Telmisartan (Micardis)	<input type="radio"/> Valsartan (Diovan)	
	<input type="radio"/> Autre, préciser : _____		
<i>Voie d'administration</i>	<input type="radio"/> Orale		
<b>Anti-inflammatoire non-stéroïdiens (AINS)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, préciser</i>	_____		
<i>Voie d'administration</i>	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Stéroïdes oraux</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, préciser</i>	_____		
<b>Autre agents Immunosuppresseurs (pas les stéroïdes oraux)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Si OUI, préciser</i>	_____		
<i>Voie d'administration</i>	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Hydroxychloroquine</b>	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> N/A
<i>Date début de prise</i>	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)	<input type="radio"/> Inconnu	
<i>Durée de prise</i>	[ _ ] [ _ ] jours	<input type="radio"/> Inconnu	
<i>Voie d'administration</i>	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Chloroquine phosphate</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
<i>Date début de prise</i>	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)	<input type="radio"/> Inconnu	

Durée de la prise	<input type="radio"/> [ ] [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu	
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Azithromycine</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Date de prise	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (JJ/MM/ANNEE)		<input type="radio"/> Inconnu
Durée de prise	<input type="radio"/> [ ] [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu	
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Antiviraux</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser	<input type="radio"/> Ribavirin	<input type="radio"/> Lopinavir/Ritonavir	<input type="radio"/> Interféron beta
	<input type="radio"/> inhibiteur de la Neuraminidase	<input type="radio"/> Interféron alpha	<input type="radio"/> Autre _____
<b>Autres antibiotiques</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser	_____		
Date de prise	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (JJ/MM/ANNEE)		<input type="radio"/> Inconnu
Durée de prise	[ ] [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu	
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Antipyrétiques (excluant les AINS)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser	_____		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Autres traitements contre la COVID-19</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser (répéter autant de fois que nécessaire)	Type _____ Date de prise [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée de prise [ ] [ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu Voie d'administration <input type="radio"/> Orale <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IM		

<b>Comorbidités et facteurs de risques (rapportée ou objectivée)</b>			
Hypertension	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maladie cardiaque chronique, y compris les maladie cardiaque congénitale (pas l'hypertension)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maladie pulmonaire chronique (pas l'asthme)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Asthme (diagnostiqué par un médecin)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maladie rénale chronique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maladie hépatique modérée ou sévère	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maladie hépatique légère	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Transplanté (organe ou moelle osseuse)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Tuberculose	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Splénectomisé	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Déficience/maladies neurologiques chroniques	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Si OUI, préciser _____

<b>Tumeur maligne</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> Si <b>OUI</b> , préciser _____	
<b>Maladie hématologique chronique</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> Si <b>OUI</b> , préciser _____	
<b>VIH/SIDA</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Drépanocytose</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Obésité (tel que défini par le personnel soignant)</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Diabète avec complications</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Diabète sans complications</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Troubles/maladies rhumatologiques</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Démence</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Malnutrition</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Paludisme</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Inconnu		
<b>Fumeur</b>	<input type="radio"/> OUI ( <i>≤12 mois</i> )	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Ancien fumeurs ( <i>&gt;12 mois</i> )
<i>Si « OUI » ou « ANCIEN FUMEUR » préciser combien de cigarettes</i>	[ _____ ]cigarettes/jour	[ _____ ]/cigarettes/semaine	
<b>Alcool</b>	<input type="radio"/> Oui ( <i>≤3mois</i> )	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Ancien buveur ( <i>&gt;3mois</i> )
<b>Autres facteurs de risques importants</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
<i>Si OUI, préciser (répéter autant de fois que nécessaire)</i>	Autre _____		

Constantes/Paramètres à l'admission (premières données disponibles lors de l'admission - dans les 24 heures)			
Température	[ ] [ ] [ ] . [ ] °C	Tension artérielle (mmHg)	Diastolique : [ ] [ ] [ ]
Fréquence Cardiaque	[ ] [ ] [ ] battements/min		Systolique : [ ] [ ] [ ]
Fréquence respiratoire	[ ] [ ] cycles/min	Poids : [ ] [ ] . [ ] Kg	Taille : [ ] [ ] . [ ] m
		Périmètre brachial (≤5 ans) [ ] [ ] . [ ] cm	
Temps de recoloration cutanée >2 secondes	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Saturation en oxygène	[ ] [ ] [ ] %	<input type="radio"/> Avec oxygène	<input type="radio"/> Sans oxygène
Toute supplémentation en oxygène :	FiO2 (0,21-1,0) [ ] . [ ] [ ] Ou [ ] [ ] % Ou [ ] [ ] L/min.		
Score de Glasgow	[ ] [ ] /15	Score de Blantyre: [ ] /5 (Seulement si âge ≤5 ans)	

## SECTION 2 : VISITES CLINIQUES REPETEES

Signes et Symptômes durant l'hospitalisation (répéter pendant autant de jours que nécessaire pour tout symptôme nouveau et/ou persistant)			
	Si OUI, préciser la date (JJ/MM/ANNEE)		
Fièvre	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Toux	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Sèche	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Productive	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Sanglante/hémoptysie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Mal de gorge	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Écoulement nasal (rhinorrhée)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleur à l'oreille	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Sifflement	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs thoraciques	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs musculaires (Myalgie)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Douleurs articulaires (Arthralgie)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Fatigue	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Essoufflement (dyspnée)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Anosmie (perte de l'odorat)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Ageusie (perte du goût)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Tirage sous-costal	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Maux de tête	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Altération de la conscience	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Crises convulsives	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
Altération de la	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

conscience/confusion/coma			
Douleurs abdominales	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Vomissements / Nausées	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Perte de la voix ou des mouvements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Diarrhée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Conjonctivite	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Éruption /décoloration cutanée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Ulcères de la peau	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Adénopathie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Œdème	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Palpitations	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Saignement (Hémorragie)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
En cas de saignement préciser le (s) site(s) : _____			
Autre symptôme	_____		[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Autre symptôme	_____		[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
Pneumonie Clinique diagnostiquée?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

Recueil des constantes journalières (à remplir à chaque fois que les paramètres ont été pris)				
Date de la visite		[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Heure de la visite (format 24 Heures)		[ ][ ]/[ ][ ] (HH/MIN)		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Score de Glasgow	[ ][ ]/15
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Score de Blantyre	[ ] (Seulement si âge ≤ 5 ans)
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Température	[ ][ ][ ].[ ] °C ou °F
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Fréquence Cardiaque	[ ][ ][ ] battements/min
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Fréquence respiratoire	[ ][ ] cycles/min
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Tension artérielle (mmHg)	Diastolique : [ ][ ][ ] Systolique : [ ][ ][ ]
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Temps de recoloration cutanée >2 secondes	<input type="radio"/> Inconnu
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Saturation en oxygène	[ ][ ][ ] % <input type="radio"/> Avec oxygène <input type="radio"/> Sans oxygène
Recueil des paramètres vitaux journaliers aux soins intensifs (SI) (à remplir à chaque fois les paramètres ont été pris)				
Date de la visite (JJ/MM/ANNEE)		[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]		
Heure de la visite (24 Hr-format)		[ ][ ]/[ ][ ] (HH/MM)		
Actuellement hospitalisé aux Soins Intensifs ?		<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	FiO <sub>2</sub> (0.21-1.0)	[ ].[ ][ ][ ] Ou [ ][ ][ ]L/min
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	PaO <sub>2</sub> au moment de la FiO <sub>2</sub> supérieure	[ ][ ][ ][ ] <input type="radio"/> kPa Ou <input type="radio"/> mmHg
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Type de prélèvement de la PaO <sub>2</sub>	<input type="radio"/> Arteriel <input type="radio"/> Veineux <input type="radio"/> Capillaire <input type="radio"/> N/A

Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	A partir du même enregistrement de gaz du sang que la PaO2	PCO2 [ _ ] [ _ ] [ _ ] <input type="radio"/> kPa ou <input type="radio"/> mmHg	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	PH [ _ ] [ _ ]		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> [ _ ] [ _ ] [ _ ] mEq/L		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Excès de base [ _ ] [ _ ] [ _ ] mmol/L		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Diurèse (en 24 heures) [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] / mL	<input type="checkbox"/> Cocher si c'est estimé	
<b>Est-ce que le patient reçoit actuellement ou a reçu les soins suivants (s'applique à toutes les questions ci-dessous)</b>					
Oxygénothérapie à haut débit par lunettes nasales	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Ventilation non-invasive (ex. BiPAP, CPAP)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Ventilation invasive	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Circulation extracorporelle (CEC)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Dialyse/Hémofiltration	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Toutes administrations de vasopresseur/inotrope	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	Si <b>NON</b> , répondez aux 3 questions suivantes par <b>NON</b>	
SI OUI, précisez	Dopamine <5µg/kg/min OU Dobutamine OU Milrinone OU Levosimendan			<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
	Dopamine 5-15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine < 0,1µg/kg/min OU vasopressine OU phényléphrine			<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
	Dopamine > 15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norepinephrine > 0,1µg/kg/min			<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Agents neuromusculaires bloquants	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Inhalation d'oxyde nitrique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Trachéostomie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Décubitus ventral	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
Autres interventions/procédures	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A		
	Si <b>OUI</b> , préciser _____				

<b>RESULTATS DE LABORATOIRE</b> (répéter pour autant d'échantillons prélevés)						
<b>Hématologie</b>						
Date du prélèvement		[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)				
Heure du prélèvement (format 24 Heures)		[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] (HH/MM)				
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Hémoglobine	[ _ ] [ _ ] /	<input type="radio"/> g/L	<input type="radio"/> g/dL
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Globules blancs	[ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	<input type="radio"/> x10 <sup>9</sup> /L ou	<input type="radio"/> x10 <sup>3</sup> /µL
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Lymphocytes	[ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ]	<input type="radio"/> cellules/µL	



Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	HbA1C	[ ] [ ] [ ] [ ] %	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Cholestérol totale	[ ] [ ] [ ] [ ] mmol/L	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Triglycérides	[ ] [ ] [ ] [ ] mmol/L	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	HDL	[ ] [ ] [ ] [ ] mmol/L	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	LDL	[ ] [ ] [ ] [ ] mmol/L	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	VLDL	[ ] [ ] [ ] [ ] mmol/L	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Risque coronaire	[ ] [ ] [ ] (nombre)	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dosage cytokines	<input type="radio"/> IL-1b [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-1RA [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-2R [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-6 [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-8 [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-10 [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> IL-18 [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> TNF [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
				<input type="radio"/> Autres cytokines (préciser) : [ ] [ ] [ ] [ ] pg/ml	
<b>Paludisme</b>					
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	TDR paludisme	<input type="radio"/> Positif	<input type="radio"/> Négatif
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Frottis sanguin	Densité parasitaire _____ <input type="radio"/> parasites/μl <input type="radio"/> parasites/champ	
<b>Examens des urines</b>					
Date du prélèvement			[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Heure du prélèvement (format 24 Heures)			[ ] [ ] / [ ] [ ] (HH/MN)		
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Couleur	<input type="radio"/> Claire <input type="radio"/> Jaune clair <input type="radio"/> Jaune <input type="radio"/> Jaune foncé <input type="radio"/> orange <input type="radio"/> marron <input type="radio"/> Rouge	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Aspect	<input type="radio"/> Limpide <input type="radio"/> Trouble <input type="radio"/> Sanguinolent <input type="radio"/> sang pur	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Glucose	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Bilirubine	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Cétone	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Spécifier Gravité	[ ] (nombre)	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Présence de Sang	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	pH	[ ]	
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Protéines	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Urobilinogène	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Nitrite	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Leucocytes	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
Fait	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Microscopie des urines	Globules rouges [ ] (nombre)	
				Globules blancs [ ] (nombre)	

				Cellules épithéliales [ _____ ] (nombre)
				Bactéries [ _____ ] (nombre)
			Œufs de Schistosomes	<input type="radio"/> Vu <input type="radio"/> Non vu

**Examens des selles**

<b>Date du prélèvement</b>	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] [ _ ] [ _ ] (JJ/MM/ANNEE)
----------------------------	---

<b>Heure du prélèvement (format 24 Heures)</b>	[ _ ] [ _ ] / [ _ ] [ _ ] (HH/MIN)
--	------------------------------------

<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Couleur</b>	<input type="radio"/> Marron <input type="radio"/> Noir <input type="radio"/> Pâle <input type="radio"/> Rouge/Taché de sang <input type="radio"/> Verdâtre <input type="radio"/> Jaunâtre <input type="radio"/> Autre [ _____ ]	
			<b>Forme/Consistance</b>	<input type="radio"/> Bien moulées <input type="radio"/> Molle <input type="radio"/> Muqueuse <input type="radio"/> Autre [ _____ ]	
			<b>Réaction</b>	Cristaux de Charcot-Leyden	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent
				Si présent quantifier [ _____ ]	
				Cellules du pus	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent
				Si présent quantifier [ _____ ]	
				Globules rouges	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent
				Si présent quantifier [ _____ ]	
				Macrophages	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent
				Si présent quantifier [ _____ ]	
Parasites protozoaires	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent				
Si présent quantifier [ _____ ]					
Œufs d'helminthe	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent				
Si présent quantifier [ _____ ]					
Larve de Strongyloïdes	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent				
Si présent quantifier [ _____ ]					
Œufs de Schistosomes	<input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent				
Si présent quantifier [ _____ ]					
Autres observations : [ _____ ]					

**Examens sérologiques**

<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Hépatite A</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Hépatite B</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Hépatite C</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Hépatite D</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Hépatite E</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>VIH 1&amp;2</b> (dépistage)	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative
<b>Fait</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Sérologie pour Strongyloïdes (IgG)</b>	<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Négative

**Imageries**

<b>Radiographie thoracique faite</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
--------------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Date de réalisation de l'imagerie	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Heure (24 Heures-format)	[ ][ ]/[ ][ ] (HH/MM)		
Si OUI, des anomalies ont-elles été constatées ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Atteinte pulmonaire	<input type="radio"/> Unilatérale	<input type="radio"/> Bilatérale	
Si atteinte bilatérale, localisation de l'atteinte	<input type="radio"/> Symétrique	<input type="radio"/> Asymétrique	
Si OUI : Y avait-il des infiltrats (sélectionnez toutes les réponses applicables)	<input type="checkbox"/> Verre dépoli <input type="checkbox"/> Condensation <input type="checkbox"/> Réticulaire		
Distribution des anomalies	<input type="radio"/> Périphérique <input type="radio"/> Sommet	<input type="radio"/> Centrale <input type="radio"/> Base	<input type="radio"/> Multi lobaire <input type="radio"/> Autres _____
Conclusions associées	<input type="checkbox"/> Masse médiastinale/Adénopathies <input type="checkbox"/> Pleurésie <input type="checkbox"/> Pneumothorax		
Autres conclusions sur la Rx thoracique	<input type="checkbox"/> Cardiomégalie <input type="checkbox"/> Calcification aortique <input type="checkbox"/> Tumeurs		
Autres imageries réalisées	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser le type d'imagerie réalisé	<input type="radio"/> Scanner	<input type="radio"/> Échographie	<input type="radio"/> IRM
Date	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)		
Heure (24 Heures-format)	[ ][ ]/[ ][ ] (HH/MM)		
Si autres imageries « OUI », Joindre le résultat			

### Section 3 : ISSUES DU PATIENT

<b>Interventions/Traitements</b> (à n'importe quel tout moment au cours de l'hospitalisation, le patient at-il reçu ou subi ?)				
Le patient reçoit-il actuellement, ou a-t-il reçu (répondre à toutes les questions de cette section) :				
<b>Transfusion sanguine</b> (sélectionner toutes les cages ci-dessous qui s'appliquent)				
Sang total	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Culots globulaires	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Plasma frais congelé	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Plaquettes	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Oxygénothérapie à haut débit par lunettes nasales	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Si OUI, préciser durée [ ][ ][ ] (jours)
Ventilation non-invasive (ex. BiPAP, CPAP)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Si OUI, durée [ ][ ][ ] (jours)
Ventilation invasive	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Si OUI, durée [ ][ ][ ] (jours)
Décubitus ventral	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Si OUI, durée [ ][ ][ ] (jours)
Circulation extracorporelle (CEC)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Si OUI, durée [ ][ ][ ] (jours)
Dialyse/Hémofiltration	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	
Toutes administrations de vasopresseur/inotrope	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON (Si NON, répondez NON aux 3 questions suivantes) <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Si OUI, préciser la durée [ ] jours			
Dopamine <5µg/kg/min OU Dobutamine OU Milrinone OU Levosimendan	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON	
Dopamine 5-15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norépinéphrine < 0,1µg/kg/min OU vasopressine OU phényléphrine	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON	
Dopamine > 15µg/kg/min OU Epinéphrine/Norepinephrine > 0,1µg/kg/min	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON	
Agents neuromusculaires bloquants	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A	



Insuffisance cardiaque congestive	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Endocardite/Myocardite/Péricardite	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Arythmie cardiaque	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Ischémie cardiaque	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Arrêt cardiaque	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Bactériémie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Trouble de la coagulation/Coagulation intravasculaire disséminée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Anémie Si <b>OUI</b> , préciser <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Rhabdomyolysis / Myositis	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Dysfonctionnement rénal/Insuffisance rénale aiguë	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Hémorragie gastro-intestinale	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Pancréatite	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Trouble hépatique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Hyperglycémie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Hypoglycémie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]
Autres complications	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> N/A	[ ]/[ ]/[ ]

TRAITEMENT (au cours de l'hospitalisation ou à la sortie, un/les médicaments suivants a/ont-t-été administré (s) ?			
Antiviraux	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si « OUI » spécifier tous les agents et la durée			
<input type="checkbox"/> Ribavirin	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Interféron alpha	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Interféron beta	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Inhibiteur de la Neuraminidase	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Autre [ ]	Date début [ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
Hydroxy chloroquine	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Date de début	[ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
Chloroquine phosphate	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Date de début	[ ]/[ ]/[ ] (JJ/MM/ANNEE)	Durée : [ ] (jours)	<input type="radio"/> Inconnu
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM

<b>Azithromycine</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Antibiotiques</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A (Répéter pour autant d'antibiotiques que nécessaires)
Si « OUI » spécifier tous les agents et la durée			
Agent [ _____ ]			
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Antipyrétiques</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A (Répéter pour autant d'antipyrétiques que nécessaires)
Si « OUI » spécifier tous les agents et la durée			
Agent [ _____ ]			
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Corticostéroïde</b>	<input checked="" type="radio"/> OUI	<input checked="" type="radio"/> NON	<input checked="" type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser agent et durée			
Agent [ _____ ]			
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Héparine</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Sous Cutanée	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM
<b>Autres traitements (Répéter autant que possible)</b>	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser agent et durée			
Agent [ _____ ]			
Date de début	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE) Durée : [ ][ ] (jours) <input type="radio"/> Inconnu		
Voie d'administration	<input type="radio"/> Orale	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> IM

STEROIDES : (Pendant l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital, un des éléments suivants a-t-il été administré ?)	
Stéroïdes locaux (y compris les collyres pour les yeux/oreilles) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Stéroïdes inhalés/nébulisés <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Stéroïdes Systémiques (Oral/IV/IM) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Si « OUI », indiquez TOUS les stéroïdes systémiques administrés à un moment quelconque	
Dexaméthasone	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Voie : <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IM <input type="radio"/> Orale
	Dose : <input type="radio"/> ≤1mg <input type="radio"/> 2mg <input type="radio"/> 4mg <input type="radio"/> 6mg <input type="radio"/> 12mg <input type="radio"/> Autres (préciser) : [ _____ ]
	Fréquence : <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8 H <input type="radio"/> Chaque 12 H <input type="radio"/> 1fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	Date 1 <sup>ère</sup> dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	Date dernière dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
Hydrocortisone	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Voie : <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Intramusculaire <input type="radio"/> Orale
	Dose : <input type="radio"/> 50mg <input type="radio"/> 100mg <input type="radio"/> 150mg <input type="radio"/> 200mg <input type="radio"/> Autres (préciser) : [ _____ ]
	Fréquence : <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8 H <input type="radio"/> Chaque 12 H <input type="radio"/> 1fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	Date 1 <sup>ère</sup> dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	Date dernière dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
Prednisone/ Prednisolone	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Voie <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Intramusculaire <input type="radio"/> Orale
	Dose <input type="radio"/> 20mg <input type="radio"/> 30mg <input type="radio"/> 40mg <input type="radio"/> 80mg <input type="radio"/> Autres (préciser) : [ _____ ]
	Fréquence <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8 H <input type="radio"/> Chaque 12 H <input type="radio"/> 1fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	Date 1 <sup>ère</sup> dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	Date dernière dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
Methylprednisolone	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Voie : <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Intramusculaire <input type="radio"/> Orale
	Dose : <input type="radio"/> 4mg <input type="radio"/> 8mg <input type="radio"/> 16mg <input type="radio"/> 32mg <input type="radio"/> 64mg <input type="radio"/> Autres (préciser) : [ _____ ]
	Fréquence <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8 H <input type="radio"/> Chaque 12 H <input type="radio"/> 1fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	Date 1 <sup>ère</sup> dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	Date dernière dose [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
Autres Stéroïdes systémiques <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Si OUI, préciser	Nom du Stéroïde : [ _____ ]

	<b>Voie :</b> <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Intramusculaire <input type="radio"/> Orale
	<b>Dose (préciser) :</b> [ _____ ]
	<b>Fréquence</b> <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8H <input type="radio"/> Chaque 12H <input type="radio"/> 1 fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	<b>Date 1<sup>ère</sup> dose</b> [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	<b>Date dernière dose</b> [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
<b>Immunosuppresseurs (non stéroïdiens)</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Si <b>OUI</b> , préciser	<b>Tocilizumab</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	<b>Dose (préciser) :</b> [ _____ ]
	<b>Fréquence</b> <input type="radio"/> Chaque 6H <input type="radio"/> Chaque 8H <input type="radio"/> Chaque 12H <input type="radio"/> 1 fois/jour <input type="radio"/> Autre [ _____ ]
	<b>Date 1<sup>ère</sup> dose</b> [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
	<b>Date dernière dose</b> [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
<b>Effets secondaires/indésirables après l'administration de stéroïdes</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Acné	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Vision floue	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Insomnie	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Ecchymoses de la peau	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Œdème de la face	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Œdème pédieux	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Irritation de l'estomac ou saignement gastro-intestinale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Augmentation de l'appétit ou prise de poids	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Hyperglycémie (début récent)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Hypertension (début récent)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Anxiété/dépression/pensées suicidaires	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Infections accrues	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Autres effets secondaires	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si <b>OUI</b> , préciser : [ _____ ]	
[ _____ ]	
[ _____ ]	
[ _____ ]	

ISSUES DU PATIENT	
Date de l'issue	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] (JJ/MM/ANNEE)
Issues du patient	<input type="radio"/> Libéré <input type="radio"/> Guéri (confirmé par un test COVID-19 négatif) <input type="radio"/> Transféré dans une structure <input type="radio"/> Décédé <input type="radio"/> Libéré avec soins à domicile <input type="radio"/> Soins palliatifs
Résultat du test COVID-19 à la sortie	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Inconnu
Si patient est sorti vivant, capacité à prendre soin de lui-même au moment de la libération par rapport à avant la maladie	<input type="radio"/> Même qu'avant la maladie <input type="radio"/> Pire <input type="radio"/> Mieux <input type="radio"/> N/A
Si sorti vivant, traitement après la sortie	
	<input type="radio"/> Oxygénothérapie <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> N/A
	<input type="radio"/> Dialyse/traitement rénal <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> N/A
	<input type="radio"/> Autres interventions <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> N/A
Si OUI, préciser :	[ _____ ]
	[ _____ ]
	[ _____ ]
Si Transféré,	<input type="radio"/> Nom structure [ _____ ] <input type="radio"/> Localisation [ _____ ]
Si transféré, la structures de transfert est-elle un site de l'étude ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Inconnu
Si site de l'étude, Numéro d'identification participant	<input type="radio"/> Même que celui-ci <input checked="" type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Différent [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
Diagnostic, préciser	
1.	
2.	
3.	
1.	
2.	

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE 1

Échelle de Stress psychologique de Kessler (K10)

Echelle remplie ?  OUI  NON

Répondez à toutes les questions de l'échelle Chaque élément est noté de 1 "pas du tout" à 5 "tout le temps". Les scores des 10 éléments sont ensuite additionnés, ce qui donne un score minimum de 10 et un score maximum de 50.

Numéro	Veillez cocher la réponse qui vous convient	Tout le temps	Souvent	Parfois	Un peu	Pas du tout
		(Score 5)	(Score 4)	(Score 3)	(Score 2)	(Score 1)
1	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti fatigué sans raison valable ?					
2	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ?					
3*	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti si nerveux que rien ne pouvait vous calmer ?					
4	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti désespéré ?					
5	Au cours des 4 dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti(e) inquiet(e) ou agité (e) ?					
6*	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti si agité que vous ne pouviez pas rester tranquille ?					
7	Au cours des 4 dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti déprimé ?					
8	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois avez-vous eu le sentiment que tout était un effort ?					
9	Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois vous êtes-vous senti si triste que rien ne pouvait vous remonter le moral ?					
10	Au cours des quatre dernières semaines, à peu près combien de fois vous êtes-vous senti inutile ?					

\*Pour les questions 3 et 6, si la réponse à la question précédente est « pas du tout », alors elles (questions 3 et 6) devraient recevoir une note automatique de 1.

Score Total : [ \_\_\_\_\_ ] /50

Interprétation du score

- K10 Score : Probabilité d'avoir un trouble mental (détresse psychologique)
- 10 – 19 : Probablement d'être en bonne santé
- 20 – 24 : Probabilité d'avoir un trouble léger
- 25 – 29 : Probabilité d'avoir un trouble modéré
- 30 à 50 : Probabilité d'avoir un trouble grave

