

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 COVID-19 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 également à remplir le premier jour de l'admission à l'USI ou à une unité de soins continus, ou dans le cas de soins critiques reçus dans n'importe quel service, et chaque jour où des échantillons spécifiques à l'étude sont prélevés. En outre, à remplir chaque jour si cela s'avère pertinent pour une analyse locale spécifique. 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'examen clinique, 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.
- Des instructions plus détaillées pour remplir ce formulaire se trouvent dans le Guide de remplissage du formulaire.
- Le numéro d'identification du participant comprend un code de 3 ou 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. 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 un numéro d'identification du participant différent**. Cochez « OUI - Admis précédemment dans cet établissement » dans la section RÉADMISSION. 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 doit consigner « Transfert vers un autre établissement » comme une issue, et le second établissement doit débiter un nouveau cahier d'observation avec un nouveau numéro patient, et indiquer « OUI, transféré d'un autre établissement » dans la section RÉADMISSION.
- 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.
- Veuillez garder tous les feuillets concernant un même patient ensemble, par exemple en les agrafant ou en utilisant une farde pour chaque patient.
- Veuillez transférer toutes les données des CRF papier sur la base de données électronique. Tous les CRF 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.
- Veuillez saisir les données sur le système électronique de capture des données sur <https://ncov.medsci.ox.ac.uk/>. Si votre établissement désire recueillir des données de manière indépendante, nous vous aiderons volontiers à établir une base de données hébergée localement.
- Veuillez nous contacter à l'adresse ncov@isaric.org si nous pouvons vous aider avec les bases de données, si vous avez des commentaires et pour nous faire savoir que vous utilisez les formulaires.

MODULE 1 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF) CONSULTATION/ADMISSION

CRITÈRES CLINIQUES D'INCLUSION

Nouvelle infection au coronavirus (COVID-19) soupçonnée ou confirmée : ☐ OUI ☐ NON

L'hospitalisation est-elle due à la COVID-19 ?

- ☐ Oui, l'hospitalisation est due à la COVID-19
☐ Non, l'hospitalisation n'est pas due à une infection à la COVID-19

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Nom du centre clinique/hospitalier : _____ **Pays :** _____

Date de recrutement /date de la première évaluation du COVID-19 [][][]/[][][]/[2][0][A][A]

Origine ethnique (cochez toutes les cases pertinentes : ☐ Arabe ☐ Africaine (noir) ☐ Asiatique de l'Est ☐ Asiatique du Sud ☐ Asiatique de l'Ouest ☐ Latino-américaine ☐ Européenne (blanc)
☐ Aborigène/Premières Nations ☐ Autre : _____ ☐ Inconnue

Employé du secteur des soins de santé ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Employé dans un laboratoire de microbiologie ?** ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Sexe à la naissance : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non spécifié/Inconnu **Âge** [][][]ans OU [][][]mois

Enceinte ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI : Évaluation de l'âge gestationnel :** [][][] semaines

POST-PARTUM (dans les 6 semaines suivant l'accouchement) ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu (Si NON ou Inconnu, sautez cette section)

Issue de la grossesse : ☐ Bébé vivant ☐ Enfant mort-né **Date de l'accouchement :**
 [][][]/[][][]/[2][0][A][A]

Bébé testé pour le COVID-19/infection au SARS-CoV-2 ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI, résultat du test : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu (Si positif, remplissez un CRF séparé pour le bébé)

NOURRISSON – Âgé de moins de 1 an ? ☐ OUI ☐ NON (Si NON, sautez cette section)

Poids à la naissance : [][][],[][][]kg ou ☐ lbs ☐ Inconnu

Issue de la grossesse : ☐ Naissance à terme (AG ≥ 37 sem) ☐ Naissance avant terme (AG < 37 sem) ☐ Inconnu

Allaité ? ☐ OUI-actuellement allaité ☐ OUI-allaitement interrompu ☐ NON ☐ Inconnu

Vaccination adéquates pour l'âge et le pays ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

MODULE 1 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF) CONSULTATION/ADMISSION

INFECTIONS PRÉCÉDENTES À LA COVID-19

Le patient a-t-il déjà eu la COVID-19 ?

☐ Non ☐ Oui – une fois par le passé ☐ Oui – deux fois par le passé ☐ Oui – trois fois par le passé

(Le formulaire en ligne (eCRF) offre plus d'espace pour saisir ces données)

Première infection à la COVID-19 : Date de la première infection à la COVID-19 (MM/AAAA) _____

La première infection à la COVID a-t-elle été confirmée par un test : ☐ Oui, confirmation par un test ☐ Non, pas de confirmation par test

Le patient a-t-il été hospitalisé lors de sa première infection à la COVID ? ☐ Oui ☐ Non

Deuxième infection à la COVID-19 : Date de la deuxième infection à la COVID-19 (MM/AAAA) _____

La deuxième infection à la COVID a-t-elle été confirmée par un test : ☐ Oui, confirmation par un test ☐ Non, pas de confirmation par test

Le patient a-t-il été hospitalisé lors de sa deuxième infection à la COVID ? ☐ Oui ☐ Non

Si des données relatives à ce patient ont déjà été consignées dans le cadre de cette étude, indiquez le numéro d'identification du participant (PIN) utilisé précédemment dans la section ci-dessous.

RÉADMISSION ET PIN EXISTANT

Le patient a-t-il été admis précédemment ou transféré d'un autre établissement pendant son épisode de maladie actuel ?

☐ OUI - Admis précédemment dans cet établissement ☐ OUI - Transféré d'un autre établissement ☐ NON ☐ Inconnu

Nombre d'admissions préalables pour cette infection : _____

Les données de ce patient ont-elles été recueillies précédemment sous un autre numéro de patient ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI, veuillez indiquer le numéro d'identification du participant (PIN) : _____

SURVENUE ET ADMISSION

Date de survenue des premiers symptômes : [][][]/[][][]/[][][][][][]

Date de consultation/admission la plus récente dans cet établissement : [][][]/[][][]/[][][][][][]

SIGNES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION À L'HÔPITAL (premières données disponibles à la consultation/admission – dans les 24 heures)

Température : [][][][] °C ou ☐ °F

FC : [][][] battements/minute

FR : [][][] respirations/minute

TA systolique : [][][] mmHg TA Diastolique : [][][] mmHg

Saturation en oxygène : [][][] % Sous : ☐ Air ambiant ☐ Oxygénothérapie ☐ Inconnu

Temps de remplissage capillaire sternal > 2 sec. ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Taille : [][][] cm Poids :

[][][] kg

MODULE 1 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF) CONSULTATION/ADMISSION

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

VACCINATIONS	
Vaccination contre le Covid-19	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Date du premier vaccin : [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A]	Date : ☐ Réelle ☐ Estimée
Type du premier vaccin : ☐ Pfizer/BioNTech ☐ AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) ☐ Moderna	
☐ Novavax ☐ Janssens (Johnson & Johnson) ☐ Sinopharm ☐ Sinovac ☐ Sputnik V	
☐ Covaxin ☐ CanSinoBIO ☐ Inconnu ☐ Autre, veuillez préciser _____	
Date du deuxième vaccin : [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A]	Date : ☐ Réelle ☐ Estimée
Type du deuxième vaccin : ☐ Pfizer/BioNTech ☐ AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) ☐ Moderna	
☐ Novavax ☐ Janssens (Johnson & Johnson) ☐ Sinopharm ☐ Sinovac ☐ Sputnik V	
☐ Covaxin ☐ CanSinoBIO ☐ Inconnu ☐ Autre, veuillez préciser _____	
Date du troisième vaccin : [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A]	Date : ☐ Réelle ☐ Estimée
Type du troisième vaccin : ☐ Pfizer/BioNTech ☐ AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) ☐ Moderna	
☐ Novavax ☐ Janssens (Johnson & Johnson) ☐ Sinopharm ☐ Sinovac ☐ Sputnik V	
☐ Covaxin ☐ CanSinoBIO ☐ Inconnu ☐ Autre, veuillez préciser _____	
Vaccination contre la grippe dans les 6 mois précédents :	☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu
Date du vaccin contre la grippe : [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A]	Date : ☐ Réelle ☐ Estimée

MÉDICAMENTS PRIS AVANT L'ADMISSION (<i>pris dans les 14 jours précédant l'admission/la consultation à l'établissement de santé</i>)	
Stéroïdes	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc Si OUI , ☐ Oraux ☐ Inhalés ☐ Inc
Autres agents immunosuppresseurs (sauf stéroïdes par voie orale)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc

Antibiotiques	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc Si OUI, agent(s) : _____
Antiviraux	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc Si OUI, agent(s) : _____
Autres médicaments ciblant le COVID-19	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc Si OUI, agent(s) : _____

MODULE 1 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CRF) CONSULTATION/ADMISSION

COMORBIDITÉS ET FACTEURS DE RISQUE (existant avant l'admission et actuels)			
Cardiopathie chronique (sauf hypertension)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Pathologie hématologique chronique	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Hypertension	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	SIDA / VIH ☐ OUI-sous ART ☐ OUI-pas sous ART ☐ NON ☐ Inc Si OUI, numération des CD4 la plus récente : ☐ < 200 ☐ 200-< 500 ☐ ≥ 500 cellules/μl ☐ Inc	
Maladie respiratoire chronique (sauf asthme)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Diabète ☐ OUI-Type 1 ☐ OUI-Type 2 ☐ OUI-Gestationnel ☐ NON ☐ Inc Si OUI, résultats HbA1C (dans les 6 mois précédents) : _____ Unités : ☐ mmol/mol ☐ mmol/l ☐ %	
Asthme (diagnostiquée par un médecin)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Affection rhumatismale	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Insuffisance rénale chronique	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Démence	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Obésité (définie par le personnel médical)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Tuberculose	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Insuffisance hépatique modérée ou sévère	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Malnutrition	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Insuffisance hépatique légère	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Tabagisme ☐ OUI ☐ N'a jamais fumé ☐ Fumeur sevré ☐ Inc	
Asplénie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Autre(s) facteur(s) de risque pertinent(s) ☐ OUI ☐ NON ☐ Inc Si OUI, précisez : _____	
Trouble neurologique chronique	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc		
Néoplasme malin	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc		

MODULE 2 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT À L'ADMISSION, EN SOINS CRITIQUES OU POUR LA RECHERCHE

À remplir le jour de l'admission ou des premiers examens relatifs au Covid-19, et le premier jour de l'admission en ISU (si différent du jour d'admission).
 En outre, à remplir les jours où les 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) : [][][]/[][][]/[][][][][]
Température maximale : [][][][], [][] °C ou °F FC : [][][] battements/minute FR : [][][] respirations/minute TA systolique : [][][] mmHg TA Diastolique : [][][] mmHg Saturation en oxygène SaO ₂ [][][] % Supplémentation en oxygène: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si oui, _____ FiO ₂ (0,21-1,0) [][], [][][] ou [][][] % or [][][] l/min (valeur de l/min maximale) PaO ₂ (dans le délai le plus proche de la mesure de la FiO ₂ signalée en haut de la page) [][][] kPa ou mmHg ☐ Pas fait

Type de prélèvement pour la PaO₂ : ☐ Artériel ☐ Capillaire ☐ Veineux ☐ Inconnu

De la même mesure des gaz du sang que la PaO₂ :

PCO₂ _____ ☐ kPa ou ☐ mmHg | pH _____ | HCO₃⁻ _____ mEq/l | Excès de bases _____ mmol/l

Temps de remplissage capillaire sternal > 2 secondes ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

AVPU : Conscient [] Parole [] Douleur [] Sans réponse [] Score de Glasgow (GCS / 15) [][]

Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) []

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

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

MODULE 2 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT À L'ADMISSION, EN SOINS CRITIQUES OU POUR LA RECHERCHE

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.

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

Admission actuelle en USI/Unité de soins intermédiaires/USC ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

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 Si oui, ☐ pendant une ventilation invasive ☐ pendant l'auto-ventilation ☐ 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 < 5µg/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/kg/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 : _____

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) : [_] [_] / [_ M _] [_ M _] / [2 _] [0 _] [A _] [A _]
RÉSULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES (*notez les unités si différentes de celles mentionnées)

Notez la valeur la plus mauvaise entre 00:00 et 24:00 le jour de l'évaluation (Si elle n'est pas disponible, écrire ND)

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

MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

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

Oxygénothérapie ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

Débit volumique d'O₂ maximal : ☐ < 2 l/min ☐ 2-5 l/min ☐ 6-10 l/min ☐ 11-15 l/min ☐ > 15 l/min

Ventilation non invasive ? (De tout type) ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

Ventilation invasive ? (De tout type) ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

Oxygénothérapie nasale à haut débit ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

Position allongée ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Inhalation de monoxyde d'azote ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Placement d'une trachéostomie ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

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

Inotropes/vasopresseurs ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Admission dans une USI ou une unité de soins continus ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu **Si OUI, durée totale :** _____ jours ☐ Inconnu

Si OUI, date d'admission en USI : [][][]/[][][]/[][][][][][][] ☐ Inconnu

date de sortie de l'USI : [][][][][][]/[][][][][][]/[][][][][][] ☐ Inconnu

MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

COMPLICATIONS : À n'importe quel moment de son hospitalisation, le patient a-t-il souffert de : (Inc = Inconnu)			
Pneumonie/pneumonite virale	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Méningite / encéphalite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Pneumonie bactérienne	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Bactériémie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Trouble de la coagulation / CIVD	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Pneumothorax	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Embolie pulmonaire	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Épanchement pleural	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Thrombose veineuse profonde	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Bronchiolite oblitérante avec organisation pneumonique (BOOP)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Autre thrombo-embolie (autre que EP ou TVP)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Bronchiolite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Anémie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Arrêt cardiaque	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Rhabdomyolyse / myosite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Infarctus du myocarde	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Lésion rénale aiguë / insuffisance rénale aiguë	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Ischémie cardiaque	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Hémorragie gastro-intestinale	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Arythmie cardiaque	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Pancréatite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Myocardite / péricardite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Dysfonctionnement hépatique	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Endocardite	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Hyperglycémie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Cardiomyopathie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Hypoglycémie	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Insuffisance cardiaque congestive	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Autre	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc
Convulsions	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc	Si Oui, précisez : _____	
Accident vasculaire cérébral (AVC)	☐ OUI ☐ NON ☐ Inc		

DIAGNOSTICS

Section 1 : TEST PCR DE DÉPISTAGE DES VIRUS RESPIRATOIRES

SARS-CoV-2 (COVID-19) : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas fait ☐ Inconnu

A-t-on réalisé des tests pour un autre pathogène lors de cet épisode de la maladie ? ☐ OUI (remplissez la section)

☐ NON ☐ Inconnu

Grippe : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas fait ☐ Inconnu

Si positif : ☐ A-non typé ☐ A/H3N2 ☐ A/H1N1pdm09 ☐ A/H7N9 ☐ A/H5N1 ☐ B ☐ Autre : _____ ☐ Inc

Virus respiratoire syncytial (VRS) : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas fait ☐ Inconnu

Adénovirus : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas fait ☐ Inconnu

Section 2 : TESTS DE DÉPISTAGE DES BACTÉRIES

Bactéries : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Pas fait **Si positif, précisez :** _____ ☐ Inconnu

Autre(s) pathogène(s) détecté(s) : ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si OUI, indiquez-les tous : _____ ☐ Inconnu

Section 3 : RADIOLOGIE

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

MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

Section 4 : DÉTAILS DES TESTS DE DÉPISTAGE DES PATHOGÈNES

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

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

AGENT ANTIVIRAL OU CIBLANT LE COVID-19 ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si OUI, précisez (tous) :

☐ Ribavirine Date de début [][][]/[][][]/[][][][][][][] ☐ Inc Durée : _____ jours ☐ Inc

☐ Lopinavir/Ritonavir Date de début [][][]/[][][]/[][][][][][][] ☐ Inc Durée : _____ jours ☐ Inc

☐ Remdesivir (Veklury) Date de début [][][]/[][][]/[][][][][][][] ☐ Inc Durée : _____ jours ☐ Inc

☐ Interféron alpha Date de début [][][]/[][][]/[][][][][][][] ☐ Inc Durée : _____ jours ☐ Inc

☐ Interféron bêta Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ Chloroquine/hydroxychloroquine :

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc... Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ Inhibiteur de l'interleukine-6 (IL-6) SI OUI lequel : ☐ Tocilizumab ☐ Sarilumab ☐ Autre inhibiteur de l'IL-6_____ ☒ Inc

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc... Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ Plasma de convalescent Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ Antigrippal SI OUI lequel : ☐ Oseltamivir (Tamiflu®) ☐ Zanamivir ☒ Inc

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc... Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ Autre Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc Durée : _____ jours ☒ Inc

ANTIBIOTIQUES ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si oui, précisez-les tous :

Agent 1: _____ **Date de début** [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] **Durée :** ____ jours ☒ Inc

Agent 2: _____ **Date de début** [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] **Durée :** ____ jours ☒ Inc

Agent 3: _____ **Date de début** [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] **Durée :** ____ jours ☒ Inc

CORTICOSTÉROÏDE ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI : Dexaméthasone ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si oui, cochez toutes les options pertinentes :

☐ 6 mg une fois par jour ? ☒ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si oui, Voie : ☐ Orale ☐ Intraveineuse ☐ Inc

Si OUI, Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] Durée : _____ jours ☒ Inc

☐ autre posologie ou fréquence ? ☒ OUI ☒ NON ☒ Inconnu Si OUI, Voie : ☐ Orale ☐ Intraveineuse ☒ Inc

Si OUI, **Date de début** [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] **Durée :** jours ☒ Inc

Si OUI : Autre corticostéroïde ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI : **Quel stéroïde** : ☐ Prednisolone ☐ Hydrocortisone ☐ Méthylprednisolone ☐ Autre

Voie : ☐ Orale ☐ Intraveineuse ☒ Inc

MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

MÉDICAMENTS (suite) :

ANTICOAGULATION ? ☐ OUI ☒ NON ☐ Inc

Si OUI : Agent : _____

Voie : ☐Sous-cutanée ☐Intraveineuse (IV) ☒Inc

Indication : ☐ thérapeutique (traitement de la TVP ou de l'EP) ☐ prophylaxie renforcée pour COVID-19 ☐ prophylaxie de routine pour patient hospitalisé ☐ Inc

ANTIFONGIQUE ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inc

AUTRES traitements administrés pour le COVID-19, y compris usage expérimental ou compassionnel ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inc

Si OUI, précisez l'agent et le calendrier d'administration :

Agent 1 : _____

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc Durée : jours ☐ Inc

Agent 2 : _____

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc **Durée :** _____ jours ☐ Inc

Agent 3 :

Date de début [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inc **Durée :** jours ☐ Inc

MODULE 3 : CAHIER D'OBSERVATION PATIENT : ISSUE

ISSUE

Le patient a-t-il reçu un diagnostic de Covid-19 ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si oui, le diagnostic repose-t-il sur : ☐ confirmation du laboratoire ☐ évaluation clinique

Le patient a-t-il été infecté par un variant préoccupant (VP) ?

- Inconnu
- Non : le variant est connu et aucun VP n'a été identifié
- Oui : Delta - B.1.617.2, identifié en oct. 2020
- Oui : Omicron, B.1.1.529, identifié en nov. 2021
- Oui : Alpha - B.1.1.7, identifié au Royaume-Uni en sept. 2020
- Oui : Bêta - B.1.351, identifié en Afrique du Sud en mai 2020
- Oui : Gamma - P.1, identifié au Brésil en nov. 2020
- Oui : Epsilon - B.1.427/B.1.429, identifié aux États-Unis en mars 2021
- Oui : Zêta - P.2, identifié au Brésil en avr. 2020
- Oui : Êta - B.1.525, identifié dans plusieurs pays en déc. 2020
- Oui : Thêta - P.3, identifié aux Philippines en janv. 2021
- Oui : Iota - B.1.526, identifié aux États-Unis en nov. 2020
- Oui : Kappa - B.1.617.1, identifié en Inde en oct. 2020
- Oui : Lambda - C.37, identifié au Pérou en déc. 2020
- Oui : Mu - B.1.621, identifié en Colombie en janv. 2021
- Oui : un variant non listés ci-dessus

Veuillez vous reporter à la base de données REDCAP pour consulter les variants non listés ci-dessus. Les nouveaux variants sont ajoutés à la base de données lors de leur identification.

Si le variant Omicron a été identifié, quelle méthode a permis son identification ?

- Séquençage génomique ● Dépistage de l'échec de la cible du gène S ● Génotypage par PCR ● Inconnu ou non testé

Issue : ☐ Sorti vivant de l'hôpital ☐ Hospitalisé ☐ Transféré dans un autre établissement ☐ Décès ☐ Sortie avec soins palliatifs ☐ Inconnu

Date de l'issue : [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Inconnu

Si vivant à la date de l'issue :

Capacité de prendre soins de soi à la sortie de l'hôpital, comparée à avant la maladie : ☐ Même qu'avant la maladie ☐ Pire
☐ Meilleure ☐ Inconnu

Traitement après la sortie : Oxygénothérapie ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Besoins médicaux continus en relation avec cette admission pour COVID-19 : ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Besoins médicaux continus sans relation avec l'épisode de COVID-19 : ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Médicalement prêt à sortir de l'hôpital (COVID-19 guéri) mais restant à l'hôpital pour une autre raison (p. ex. en attente de prise en charge adaptée dans la communauté, résident à long terme dans un établissement de santé ou de santé mentale) : ☐ OUI ☐ NON
☐ Inconnu