

Plateforme de caractérisation clinique mondiale du COVID-19

NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID-19) – VERSION ABRÉGÉE

STRUCTURE DE CE FORMULAIRE DE RAPPORT DE CAS (CRF)

Ce CRF comprend 3 modules :

Module 1 à remplir lors du premier jour d'hospitalisation.

Module 2 à remplir lors du premier jour d'admission dans une USI ou une unité de soins continus. Le module 2 doit aussi être rempli tous les jours aussi longtemps que les ressources le permettent. Continuer à suivre les patients qui sont transférés dans d'autres salles.

Module 3 à remplir à la sortie de l'hôpital ou après le décès.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Le but du CRF est de recueillir des données obtenues par le biais d'exams cliniques, d'entrevues et de la consultation des notes de l'hôpital. Les données peuvent être recueillies rétrospectivement si le patient est inscrit après la date de son admission.
- Le numéro d'identification du participant comprend un code spécifique à l'établissement et un code spécifique au participant.
Vous pouvez obtenir un code pour votre établissement 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, vous pouvez attribuer les numéros en blocs ou 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.
- Les données sont saisies dans la base de données électronique centrale REDCap sur <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> ou dans la base de données indépendante de votre établissement ou réseau. Des CRF imprimés sur papier peuvent être utilisés et les données peuvent ensuite être saisies dans la base de données électronique.
- Remplissez chaque section du formulaire. Les questions marquées « Si oui,... » doivent être laissées vierges si elles ne s'appliquent pas (quand la réponse n'est pas oui).
- Les sélections comprenant des cases à cocher () n'acceptent qu'une seule réponse (cochez une seule case).
- Les sélections comprenant des cercles () acceptent plusieurs réponses (sélectionnez toutes les réponses pertinentes).
- Indiquez « Inconnu » pour toute donnée non disponible ou inconnue.
- Évitez d'inscrire des données hors des espaces prévus 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) dans les cases pour marquer votre réponse. 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

FORMULAIRE DE RAPPORT RAPIDE DE CAS (CRF) version du 08DÉC.2021

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par [ISARIC](https://www.isaric.org). Accrédité sous une licence internationale [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) par [ISARIC](https://www.isaric.org) pour le compte de l'Université d'Oxford.

MODULE1 : à remplir lors de l’admission/inscription

Nom de l’établissement _____ Pays _____

Date de l’inscription [J][J]/[M][M]/[2][0][A][A]

CRITÈRES CLINIQUES D’INCLUSION

Infection prouvée ou suspectée par un pathogène d’intérêt pour la santé publique Oui Non

Un ou plus de | Antécédents de fièvre auto-déclarée ou mesurée ≥ 38 °C Oui Non

ces symptômes | Toux Oui Non

pendant cette | Dyspnée (souffle court) OU Tachypnée* Oui Non

maladie | Suspicion d’IRA malgré l’absence des critères ci-dessus Oui Non

* fréquence respiratoire ≥ 50 respirations/min pendant <1 an; ≥ 40 pendant 1-4 ans; ≥ 30 pendant 5-12 ans; ≥ 20 pendant ≥ 13 ans

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

Sexe à la naissance Masculin Féminin Non précisé **Date de naissance**

[J][J]/[M][M]/[A][A][A][A]

Si la date de naissance est inconnue, préciser : **Âge** [][][] ans OU [][] mois

Personnel de santé ? Oui Non Inconnu **Personnel de laboratoire ?** Oui Non Inconnu

Enceinte ? Oui Non Inconnu N/A **Si oui : Semaines de grossesse estimées** [][] semaines

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 cet 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) : _____

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription

DÉBUT DES SYMPTÔMES ET ADMISSION (<i>premières données disponibles à la présentation/admission</i>)	
Début des symptômes (date du premier symptôme) [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_ 2] [_ 0] [_ A] [_ A]	
Date d'admission dans cet établissement [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_ 2] [_ 0] [_ A] [_ A]	
Température [_] [_] . [_] °C	Fréquence cardiaque [_] [_] [_] battements/min
Fréquence respiratoire [_] [_] respirations/min	
TA [_] [_] [_] (systolique) [_] [_] [_] (diastolique) mmHg	Déshydratation sévère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Temps de remplissage capillaire sternal > 2 secondes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Saturation en oxygène : [_] [_] [_] % <input type="checkbox"/> à l'air ambiant <input type="checkbox"/> sous oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Inconnu A V P U	
(encercler une réponse)	
Score de Glasgow (GCS /15) [_] [_]	Malnutrition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Circonférence du bras [_] [_] [_] mm	Taille : [_] [_] [_] cm Poids : [_] [_] [_] kg

CO-MORBIDITÉS (<i>existantes avant l'admission</i>) (<i>Inc = Inconnu</i>)			
Maladie cardiaque chronique (sauf hypertension)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Maladie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Asplénie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Insuffisance rénale chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Néoplasme malin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Insuffisance hépatique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Trouble neurologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc		
VIH <input type="checkbox"/> Oui-sous ARV <input type="checkbox"/> Oui-pas sous ARV <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			

MÉDICAMENTS PRÉ-ADMISSION ET CHRONIQUES Quels médicaments suivants ont été pris dans les 14 jours précédant l'admission ?	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

SIGNES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION (<i>Inc = Inconnu</i>)			
Antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Tirage sous-costal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
	avec expectorations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Altération de l'état de conscience/confusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
avec hémoptysie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Écoulement nasal (rhinorrhée)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Vomissements / Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Respiration sifflante (sibillance)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs musculaires (myalgie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs articulaires (arthralgie).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Ulcères cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Fatigue / Malaise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Lymphadénopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc

Souffle court	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Saignements (Hémorragie).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Incapacité à marcher	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	En cas d'hémorragie, préciser le(s) site(s) : _____	
Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Si oui, préciser : _____			

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription

VACCINATIONS	
Vaccination contre le Covid-19	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Inc
Date du premier vaccin : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] Date : <input type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée	
Type du premier vaccin : <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Sinopharm <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Covaxin <input type="checkbox"/> CanSinoBIO <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser _____	
Date du deuxième vaccin : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] Date : <input type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée	
Type du deuxième vaccin : <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Sinopharm <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Covaxin <input type="checkbox"/> CanSinoBIO <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser _____	
Date du troisième vaccin : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] Date : <input type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée	
Type du troisième vaccin : <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Université d'Oxford (Covishield en Inde) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Sinopharm <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Covaxin <input type="checkbox"/> CanSinoBIO <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser _____	
Vaccination contre la grippe dans les 6 mois précédents : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Inconnu	
Date du vaccin contre la grippe : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] Date : <input type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée	

MÉDICAMENTS <i>Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un de ces médicaments ?</i>	
Fluides par voie orale/orogastrique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Fluides par intraveineuse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antiviraux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : <input type="radio"/> Ribavirine <input type="radio"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="radio"/> Inhibiteur de la neuraminidase <input type="radio"/> Interféron alpha <input type="radio"/> Interféron bêta <input type="radio"/> Autre, préciser : _____	
Corticostéroïde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , voie : <input type="radio"/> Orale <input type="radio"/> Intraveineuse <input type="radio"/> Inhalation Si oui , indiquer l'agent et la dose quotidienne maximale : _____	
Antibiotique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Antifongique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antipaludique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , préciser : _____	
Médicament expérimental ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , préciser : _____	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

SOINS DE SOUTIEN *Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un des soins suivants ?*

 Admission dans une USI ou une unité de soins continus ? Oui Non Inconnu

 Oxygenothérapie ? Oui Non Inconnu **Si oui**, répondre à toutes les questions ci-dessous

 Débit d'O₂ : 1-5 l/min 6-10 l/min 11-15 l/min > 15 l/min Inconnu

 Source d'oxygène : Tube Cylindre Concentrateur Inconnu

 Interface : Sondes nasales Canule nasale à haut débit Masque Masque avec réservoir Masque de CPAP/VNI Inconnu

 Ventilation non invasive ? (p. ex. BiPAP/CPAP) Oui Non N/A

 Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? Oui Non Inconnu **Inotropes/vasopresseurs ?** Oui Non Inconnu

 Membrane extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu **Position allongée ?** Oui Non Inconnu

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription
RÉSULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES À L'ADMISSION (*noter les unités si différentes de celles mentionnées)

Paramètre	Valeur*	Pas fait	Paramètre	Valeur*	Pas fait
Hémoglobine (g/l)		<input type="checkbox"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Numération leucocytaire (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Hématocrite (%)		<input type="checkbox"/>	Potassium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquettes (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TCA (APTT)		<input type="checkbox"/>	CRP (mg/l)		<input type="checkbox"/>
TP (secondes)		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="checkbox"/>
ALAT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>	Troponine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Bilirubine totale (µmol/l)		<input type="checkbox"/>	Vitesse de sédimentation (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Azote uréique sanguin (BUN) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>

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

Date du suivi [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

PARAMÈTRES VITAUX (noter la valeur la plus anormale entre 00:00 et 24:00)

Température [_] [_] [_] [_] °C Fréquence cardiaque [_] [_] [_] battements par minute Fréquence respiratoire [_] [_] respirations par minute
 TA [_] [_] [_] (systolique) [_] [_] [_] (diastolique) mmHg Déshydratation sévère Oui Non Inconnu
 Temps de remplissage capillaire normal > 2 secondes Oui Non Inconnu Score de Glasgow (GCS/15) [_] [_]
 Saturation en oxygène [_] [_] [_] % à l'air ambiant sous oxygénothérapie Inconnu **A V P U**
 (encercler une réponse)

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES QUOTIDIENNES (Inc = Inconnu)

Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
avec expectorations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Vomissements / Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Souffle court .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Myalgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Confusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc

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

Paramètre	Valeur*	Pas fait	Paramètre	Valeur*	Pas fait
Hémoglobine (g/l)		<input type="checkbox"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Numération leucocytaire (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Hématocrite (%)		<input type="checkbox"/>	Potassium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquettes (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TCA (APTT)		<input type="checkbox"/>	CRP (mg/l)		<input type="checkbox"/>
TP (secondes)		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="checkbox"/>
ALAT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>	Troponine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Bilirubine totale (µmol/l)		<input type="checkbox"/>	Vitesse de sédimentation (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Azote uréique sanguin (BUN) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>

MÉDICAMENTS Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un de ces médicaments ?

Fluides par voie orale/orogastrique ? Oui Non Inconnu **Fluides en intraveineuse ?** Oui Non Inconnu
Antiviraux ? Oui Non Inconnu **Si oui :** Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Inhibiteur de la neuraminidase
 Interféron alpha Interféron bêta Autre, préciser : _____
Corticostéroïde ? Oui Non Inconnu **Si oui, voie :** Oral Intraveineuse Inhalation
Si oui, indiquer l'agent et la dose quotidienne maximale : _____
Antibiotique ? Oui Non Inconnu **Antifongique ?** Oui Non Inconnu
Antipaludique ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____
Médicament expérimental ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Oui Non Inconnu
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC/ACE) Oui Non Inconnu
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) Oui Non Inconnu

SOINS DE SOUTIEN *Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT un des soins suivants ?*

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

MODULE 3 : à remplir à la sortie d'hôpital ou après le décès
TEST DIAGNOSTIC/PATHOGÈNE

 Radiographie/tomodensitométrie thoracique réalisée ? Oui Non Inconnu Si oui : infiltrats présents ?
 Oui Non Inconnu

 Un test de présence de pathogène a-t-il été réalisé durant cet épisode de la maladie ? Oui Non Inconnu
 Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous :

 Virus de la grippe : Positif Négatif Pas fait Si positif, type _____

 Coronavirus : Positif Négatif Pas fait Si positif : MERS-CoV SARS-CoV-2 Autre _____

 Autre pathogène des voies respiratoires : Positif Négatif Pas fait Si positif, préciser _____

 Fièvre hémorragique virale : Positif Négatif Pas fait Si positif, spécifier le virus _____

Autre pathogène d'intérêt pour la santé publique détecté : Si oui, préciser : _____

 Paludisme à *P. falciparum* : Positif Négatif Pas fait Paludisme non *falciparum* : Positif Négatif Pas fait

 VIH : Positif Négatif Pas fait

COMPLICATIONS : À n'importe quel moment de son hospitalisation, le patient a-t-il souffert de :

Choc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Bactériémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hémorragie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Méningite/Encéphalite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Endocardite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Anémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Myocardite/Péricardite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance rénale aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Pancréatite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Bronchiolite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
		Si oui, préciser _____	

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

 Fluides par voie orale/ogastrique ? Oui Non Inconnu Fluides en intraveineuse ? Oui Non
 Inconnu

 Antiviraux ? Oui Non Inconnu Si oui : Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Inhibiteur de la neuraminidase
 Interféron alpha Interféron bêta Autre, préciser : _____

 Antibiotique ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____

 Corticostéroïde ? Oui Non Inconnu Si oui, voie : Orale Intraveineuse Inhalation
 Si oui, préciser l'agent et la dose quotidienne maximale : _____

 Antifongique ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____

 Antipaludique ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____

 Médicament expérimental ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____

 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Oui Non Inconnu Si oui, préciser : _____

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

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

Admission en USI ou en unité de soins continus ? Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours
 Date de l'admission en USI : [][]/[][]/[][][][] N/A
 Date de sortie de l'USI : [][]/[][]/[][][][] En USI à l'issue de l'hospitalisation N/A

Oxygénothérapie ? Oui Non Inconnu **Si oui, répondre à toutes les questions :** **Durée totale :** ____ jours
 Volume du débit d'O₂ : 1-5 l/min 6-10 l/min 11-15 l/min > 15 l/min
 Source d'oxygène : Tube Cylindre Concentrateur
 Interface : Sondes nasales Canule nasale à haut débit Masque Masque avec réservoir Masque de CPAP/VNI

Ventilation non invasive ? (p. ex. BIPAP, CPAP) Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours
Ventilation invasive (de n'importe quelle sorte) ? Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours
Membrane extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours
Position allongée ? Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours
Thérapie de remplacement rénal (TRR) ou dialyse ? Oui Non Inconnu
Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inconnu **Si oui**, durée totale : _____ jours

ISSUE

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

Veillez 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 : [][]/[][]/[][][][] 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 : La même qu'avant la maladie Pire Meilleure Inconnu