World Health Organization ISARIC

NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID-19) - VERSION ABRÉGÉE

Instructions pour le remplissage du CRF

STRUCTURE DE CE CAHIER D'OBSERVATION PATIENT (CASE REPORT FORM - 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. Continuez 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.

ADMINISTRATION : INSTRUCTIONS

- L'objectif du CRF est de recueillir les données obtenues lors d'examens, d'entrevues ou par la lecture des notes de l'hôpital pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, de l'admission à la sortie, au transfert, au décès ou à la continuation de l'hospitalisation sans possibilité de recueil continu des données. 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 et vous inscrire sur le système de gestion des données en contactant *ncov@isaric.org*. Les numéros des participants seront attribués de manière séquentielle en commençant avec 00001. Dans le cas d'un 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 des numéros incorporant des caractères alphabétiques (p. ex., la salle X attribue les numéros en commençant par A0001, la salle Y par B0001). Notez le numéro d'identification du participant 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 transférés ensuite sur la base de données électronique.
- Si un participant est transféré dans un autre établissement, il est préférable de garder son numéro d'identification d'origine (PIN). Lorsque cela n'est pas possible, commencez un nouveau formulaire avec un nouveau PIN. Si le PIN d'un établissement précédent est finalement obtenu, il peut être saisi sous « Si OUI « Numéro d'identification d'origine : ». Pour les participants qui sont admis de nouveau avec le COVID-19 dans le même établissement, **commencez un nouveau formulaire avec un numéro d'identification d'origine (PIN) différent**, et saisissez le précédent PIN en réponse à la question « Précédent ID de participant ».
- 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 (**O**) acceptent plusieurs réponses (sélectionnez toutes les réponses pertinentes).
- Indiquez « Inconnu » pour toute donnée non disponible, sans objet ou inconnue.
- 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 participant ensemble, par exemple en les agrafant ou en utilisant une farde pour chaque participant.
- Veuillez transférer toutes les données des CRF papier sur la base de données électronique. Tous les CRF papiers peuvent être conservés dans l'établissement où ils ont été remplis. Toutes les données doivent être transférées sur 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.

Instructions pour le remplissage du CRF

INSTRUCTIONS GENERALES ET DEFINITIONS

Co-infections
Toute co-infection doit être signalée dans le Module 3 à la section 15. TEST DIAGNOSTIC/PATHOGÈNE

Comorbidités
Comorbidités présentes avant l'apparition du COVID-19 et encore présentes. N'incluez pas celles qui se sont développées après l'apparition des symptômes de COVID-19. De plus amples instructions sont fournies.

Admission à l'hôpital
Pour les patients qui ont été admis à l'hôpital pour un COVID-19 ou des symptômes évocateurs d'une possible infection COVID-19, veuillez inscrire les détails relatifs à la date d'admission à l'hôpital. Pour les patients admis suite à un diagnostic alternatif évident, mais qui ont ensuite développé un COVID-19, la date de l'admission originelle doit être fournie, mais toutes les références à l'admission ultérieures doivent se référer aux premières 24 heures suivant le premier jour d'apparition des symptômes d'infection soupçonnée ou confirmée au SARS-CoV2 (COVID-19).

Lorsqu'un patient a été admis après être passé dans plusieurs services hospitaliers, la date d'admission est la date de la visite au premier service ayant mené à son admission (p. ex., son arrivée aux urgences).

Oxygénothérapie
Indiquez toute forme de supplémentation en oxygène, quelle que soit la méthode utilisée. Ensuite, remplissez tous les détails relatifs à la méthode utilisée et à sa durée. Si l'appareil d'oxygénation utilisé ne figure pas dans la liste, sélectionnez l'option la plus proche. Si plusieurs débits et interfaces différents ont été utilisés, sélectionnez l'interface au plus haut débit. En cas d'utilisation d'un masque Venturi, indiquez la fraction d'oxygène inspiré (FiO_2) plutôt que le débit d'oxygène.

Ventilation invasive
Indiquez toute forme de ventilation mécanique appliquée à l'aide d'une intubation ou trachéostomie. N'incluez pas les patients qui respirent indépendamment grâce à une trachéostomie.

Ventilation non invasive
Indiquez toute ventilation en pression positive effectuée au moyen d'un masque. Ceci peut être un appareil à pression positive continue (PPC, ou CPAP en anglais) ou à pression positive bilatérale à deux niveaux (BIPAP).

Fluides par voie orale/orogastrique
Indiquez tout fluide/nutriment délivré artificiellement au niveau du tractus gastro-intestinal (p. ex., sonde naso-gastrique, sonde naso-duodénale, gastrostomie), mais pas les patients chez qui la prise est orale.

Thérapie de remplacement rénal ou dialyse
Indiquez toute forme de thérapie de remplacement rénal continue ou d'hémodialyse intermittente.

Pire résultat
Le « pire résultat » est le résultat le plus éloigné de la normale physiologique ou biologique.

Les résultats rejetés par l'équipe clinique (p. ex. oxymétrie colorimétrique sur des extrémités à pauvre perfusion capillaire, échantillons sanguins hémolysés, résultats microbiologiques contaminés) ne doivent pas être signalés.

Tension artérielle : indiquez la tension artérielle systolique et diastolique lors de l'observation de la tension artérielle moyenne la plus basse (si la tension artérielle moyenne n'a pas été calculée, indiquez la mesure avec la tension artérielle systolique la plus basse).

Fréquence respiratoire : en cas d'observation de fréquences trop hautes et trop basses, indiquez la fréquence trop haute.

Indiquez le numéro d'identification du participant sur chaque page.

1. CRITÈRES CLINIQUES D'INCLUSION

Infection prouvée ou soupçonnée par un pathogène d'intérêt pour la santé publique
Cochez « Oui » si le patient souffre d'une infection au SARS-CoV-2 /COVID-19 soupçonnée cliniquement ou confirmée en laboratoire.

2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Si la date de naissance n'est pas connue, indiquez l'âge en années ou en mois si le patient a moins d'un an.

En cas de grossesse ou d'accouchement récent dans les 14 jours précédant l'apparence des symptômes, remplissez le module Grossesse facultatif du CRF.

3. DATE D'APPARITION ET PARAMETRES VITAUX A L'ADMISSION

Indiquez la date d'apparition des premiers symptômes rapportés par le patient qui sont selon vous liés à cet épisode de COVID-19. Veuillez fournir les détails des observations cliniques réalisées lors de l'admission (y compris dans les cas où l'enregistrement des données s'est fait ultérieurement). Dans le cas d'observations non réalisées à l'admission, indiquez les premières données disponibles (signalées par le patient et/ou dans les dossiers médicaux) après l'admission, mesurées dans les 24 heures suivant l'admission.

Pour les patients admis suite à un diagnostic alternatif évident, mais qui ont ensuite développé un COVID-19, fournissez les dates au fur et à mesure mais indiquez les observations pour les 24 heures suivant l'apparition des symptômes d'une infection COVID-19 soupçonnée ou confirmée.

Assurez-vous que toutes les mesures sont exprimées dans les unités spécifiées.

4. COMORBIDITES

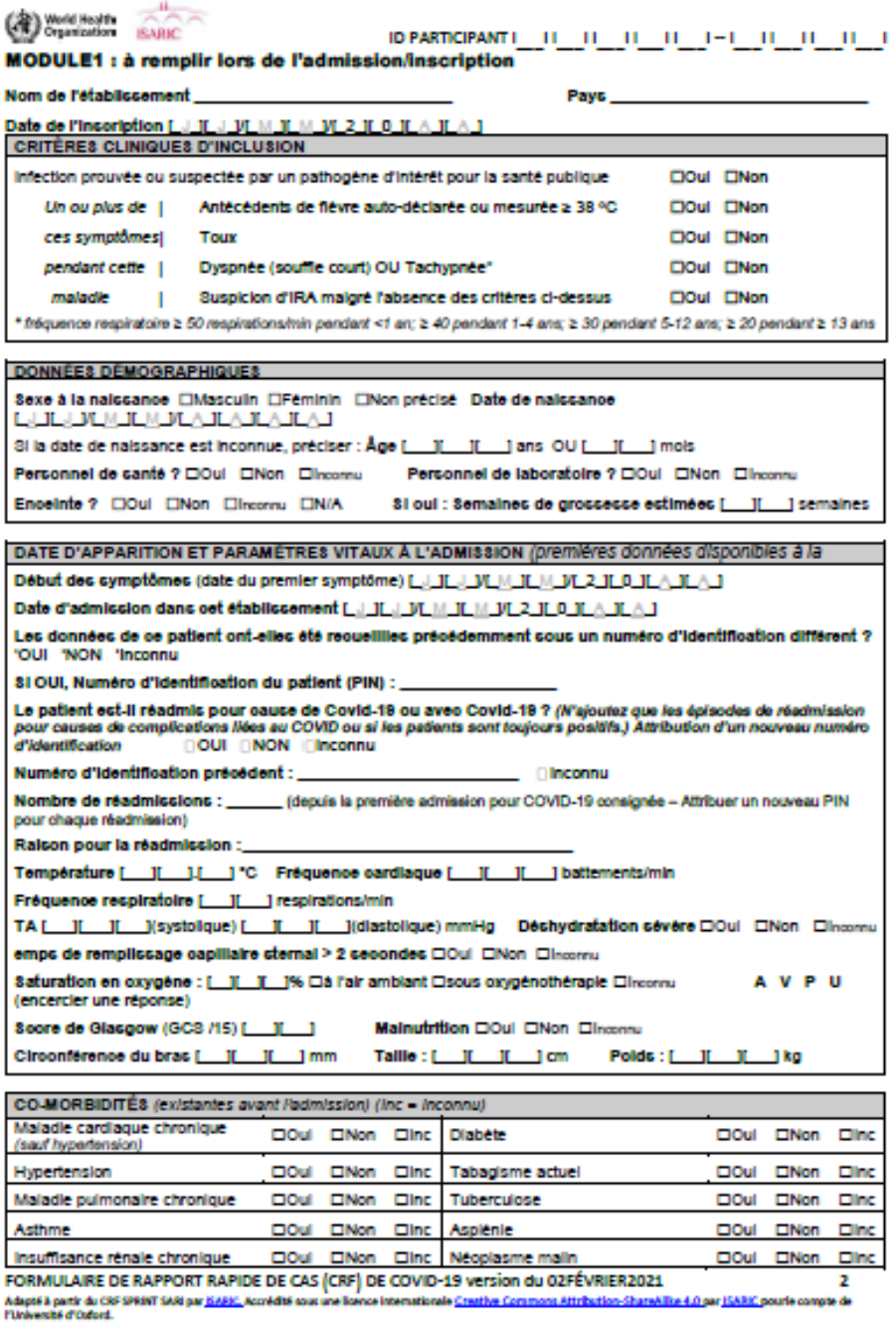
Indiquez si une ou plusieurs comorbidités existaient avant l'admission.

N'incluez aucune comorbidité antérieure à présent guérie. De plus amples détails sont fournis ci-dessous. Lorsque des exemples sont fournis, ceux-ci ne sont pas sensés être exhaustifs. D'autres comorbidités et facteurs de risques significatifs ne figurant pas sur la liste doivent être spécifiés comme « Autres ».

Maladie cardiaque chronique (sauf hypertension)
Signalez toute maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, cardiopathie congénitale, cardiomyopathie ou cardite rhumatismale.

Maladie pulmonaire chronique
Signalez toute bronchopneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique, emphysème), mucoviscidose, bronchectasie, pneumopathie interstitielle ou besoin préexistant d'oxygénothérapie.

N'incluez pas l'asthme.



World Health Organization ISARIC

ID PARTICIPANT [ ]

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 ces symptômes pendant cette maladie	Antécédents de fièvre auto-déclarée ou mesurée ≥ 38 °C	☐Oui ☐Non
	Toux	☐Oui ☐Non
	Dyspnée (souffle court) OU Tachypnée*	☐Oui ☐Non
	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*

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

DATE D'APPARITION ET PARAMÈTRES VITAUX À L'ADMISSION *(premières données disponibles à la*

Début des symptômes (date du premier symptôme) [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[2_][0_][_A_][_A_]

Date d'admission dans cet établissement [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[2_][0_][_A_][_A_]

Les données de ce patient ont-elles été recueillies précédemment sous un numéro d'identification différent ? 'OUI 'NON 'Inconnu

SI OUI, Numéro d'identification du patient (PIN) : _____

Le patient est-il réadmis pour cause de Covid-19 ou avec Covid-19 ? *(N'ajoutez que les épisodes de réadmission pour causes de complications liées au COVID ou si les patients sont toujours positifs.) Attribution d'un nouveau numéro d'identification* ☐OUI ☐NON ☐Inconnu

Numéro d'identification précédent : _____ ☐Inconnu

Nombre de réadmissions : _____ (depuis la première admission pour COVID-19 consignée – Attribuer un nouveau PIN pour chaque réadmission)

Raison pour la réadmission : _____

Température [___][___].[___] °C **Fréquence cardiaque** [___][___][___] battements/min

Fréquence respiratoire [___][___] respirations/min

TA [___][___][___](systolique) [___][___][___](diastolique) mmHg **Déshydratation sévère** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

emps de remplissage capillaire éternal > 2 secondes ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Saturation en oxygène : [___][___][___]% ☐à l'air ambiant ☐sous oxygénothérapie ☐Inconnu **A V P U** (encercler une réponse)

Score de Glasgow (GCS /15) [___][___] **Malnutrition** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Circonférence du bras [___][___][___] mm **Taille :** [___][___][___] cm **Poids :** [___][___][___] kg

CO-MORBIDITÉS *(existantes avant l'admission) (Inc = Inconnu)*

Maladie cardiaque chronique *(sauf hypertension)*	☐Oui	☐Non	☐Inc	Diabète	☐Oui	☐Non	☐Inc
Hypertension	☐Oui	☐Non	☐Inc	Tabagisme actuel	☐Oui	☐Non	☐Inc
Maladie pulmonaire chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Tuberculose	☐Oui	☐Non	☐Inc
Asthme	☐Oui	☐Non	☐Inc	Aspénie	☐Oui	☐Non	☐Inc
Insuffisance rénale chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Néoplasme malin	☐Oui	☐Non	☐Inc

FORMULAIRE DE RAPPORT RAPIDE DE CAS (CRF) DE COVID-19 version du 02FÉVRIER2021 2

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

4. COMORBIDITES (SUITE)

Asthme
Diagnostic clinique d'asthme.

Insuffisance rénale chronique
Signalez tout diagnostic d'insuffisance rénale chronique posé par un clinicien, débit de filtration glomérulaire estimé à < 60 ml/min/1,73 m^2 ou antécédent de greffe de rein.

Trouble neurologique chronique
Signalez tout cas d'infirmité motrice cérébrale, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, myasthénie, maladie de Parkinson, AVC, trouble d'apprentissage.

VIH
Antécédents d'infection au VIH confirmée en laboratoire. (Remarque : ART = antirétroviraux)

Diabète
Diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant un traitement oral ou sous-cutané.

Tabagisme actuel
Consommation d'au moins une cigarette, un cigare, une pipe ou l'équivalent par jour avant le début de la maladie en cours. N'incluez pas les produits du tabac qui ne se fument pas, comme le tabac à mâcher ou les dispositifs électroniques d'administration de nicotine.

Tuberculose
Patients recevant actuellement un traitement antituberculeux. N'incluez pas la tuberculose latente.

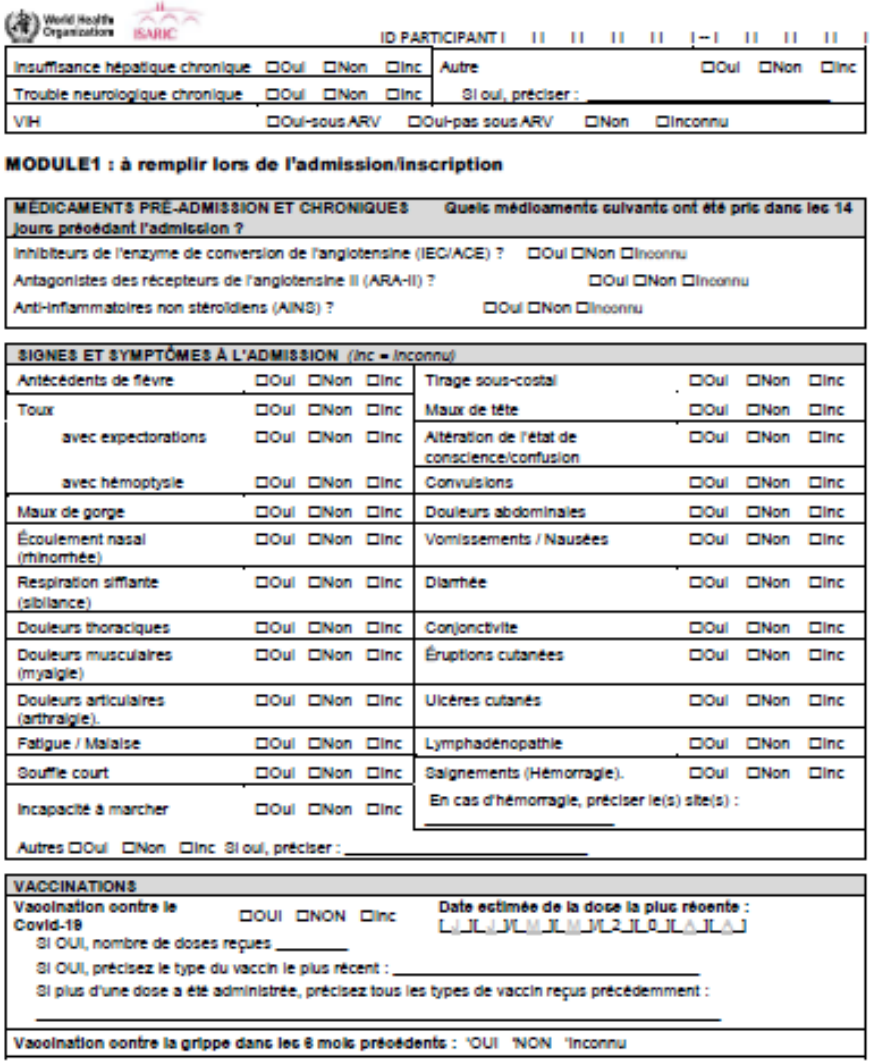
Asplénie
Signalez tout cas de splénectomie, rate non fonctionnelle ou asplénie congénitale.

Néoplasme malin
Tumeur maligne solide ou hémopathie maligne actuelle. N'incluez pas les pathologies malignes qui ont été déclarées « guéries » il y a 5 ans ou plus sans preuve clinique d'une maladie actuelle. N'incluez pas les cancers de la peau autres que les mélanomes. N'incluez pas les tumeurs bénignes ou les dysplasies.

Autre
Signalez toute autre comorbidité qui, de l'avis de l'équipe clinique, pourrait affecter les réserves physiologiques du patient ou sa réponse à la maladie ou au traitement. Précisez la nature de ces comorbidités.

5. MEDICAMENTS PRE-ADMISSION ET CHRONIQUES

Indiquez si l'un ou plusieurs de ces médicaments ont été pris dans les 14 jours précédant l'admission, quelle qu'en soit la raison.



ID PARTICIPANT | | | | | | – | | | | |

Insuffisance hépatique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Autre		☐Oui	☐Non ☐Inc
Trouble neurologique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Si oui, préciser : _____			
VIH	☐Oui-sous ARV	☐Oui-pas sous ARV	☐Non	☐Inconnu			

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription

MEDICAMENTS 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) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

SIGNES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION *(Inc = Inconnu)*

Antécédents de fièvre	☐Oui	☐Non	☐Inc	Tirage sous-costal	☐Oui	☐Non	☐Inc
Toux	☐Oui	☐Non	☐Inc	Maux de tête	☐Oui	☐Non	☐Inc
avec expectorations	☐Oui	☐Non	☐Inc	Altération de l'état de conscience/confusion	☐Oui	☐Non	☐Inc
avec hémoptysie	☐Oui	☐Non	☐Inc	Convulsions	☐Oui	☐Non	☐Inc
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inc	Douleurs abdominales	☐Oui	☐Non	☐Inc
Écoulement nasal (rhinorrhée)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Vomissements / Nausées	☐Oui	☐Non	☐Inc
Respiration sifflante (sibilance)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inc
Douleurs thoraciques	☐Oui	☐Non	☐Inc	Conjonctivite	☐Oui	☐Non	☐Inc
Douleurs musculaires (myalgie)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Éruptions cutanées	☐Oui	☐Non	☐Inc
Douleurs articulaires (arthralgie).	☐Oui	☐Non	☐Inc	Ulcères cutanés	☐Oui	☐Non	☐Inc
Fatigue / Malaise	☐Oui	☐Non	☐Inc	Lymphadénopathie	☐Oui	☐Non	☐Inc
Souffle court	☐Oui	☐Non	☐Inc	Saignements (Hémorragie).	☐Oui	☐Non	☐Inc
Incapacité à marcher	☐Oui	☐Non	☐Inc	En cas d'hémorragie, préciser le(s) site(s) : _____			

Autres ☐Oui ☐Non ☐Inc Si oui, préciser : _____

VACCINATIONS

Vaccination contre le Covid-19 ☐OUI ☐NON ☐Inc — **Date estimée de la dose la plus récente :** [_][_]/[_][_]/[_][_][_][_]/[2_][0_][A_][A_]

Si OUI, nombre de doses reçues _____
Si OUI, précisez le type du vaccin le plus récent : _____
Si plus d'une dose a été administrée, précisez tous les types de vaccin reçus précédemment :
_____

Vaccination contre la grippe dans les 6 mois précédents : ☐OUI ☐NON ☐Inconnu

FORMULAIRE DE RAPPORT RAPIDE DE CAS (CRF) DE COVID-19 version du 02FÉVRIER2021 3

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

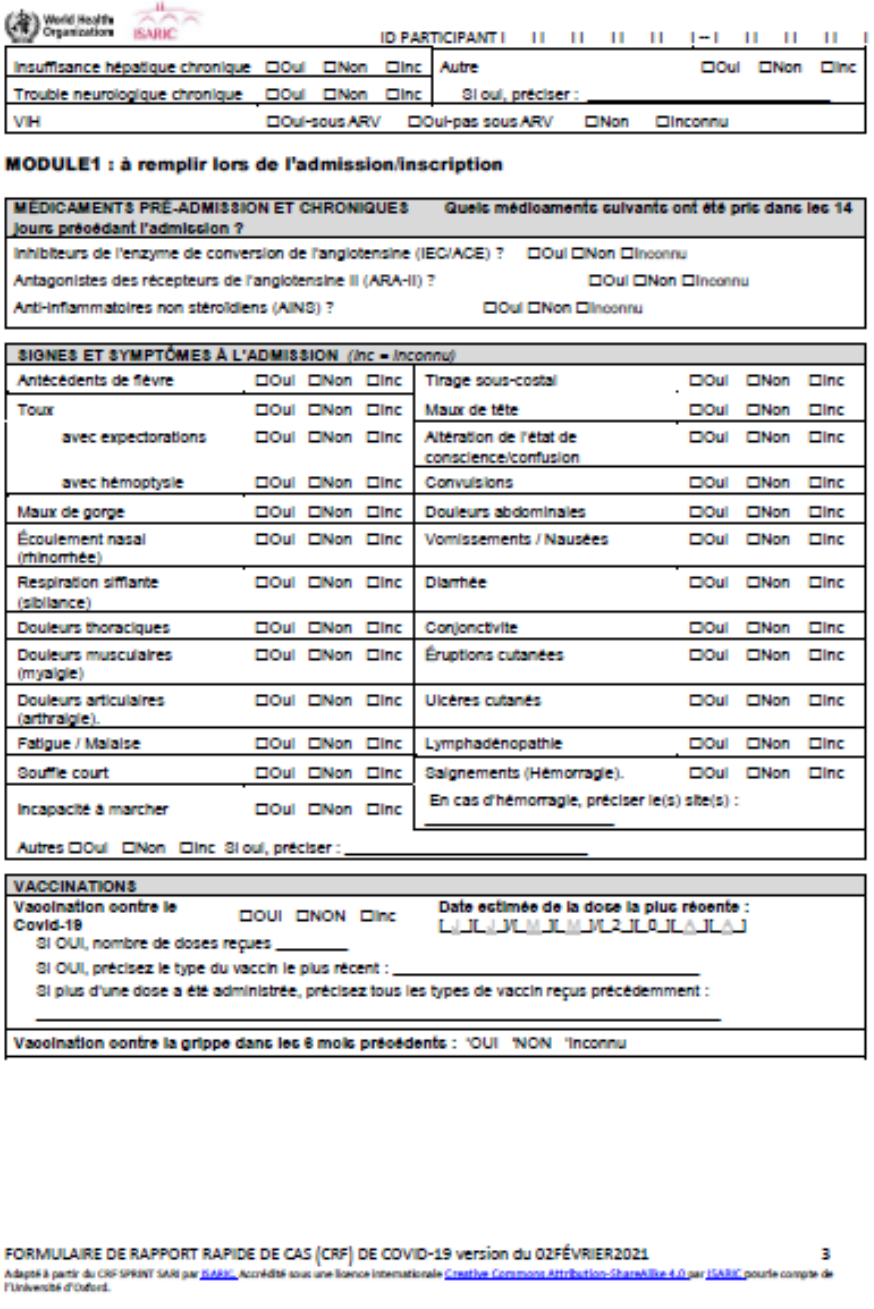
6. SIGNES ET SYMPTOMES A L'ADMISSION

Veuillez fournir les détails des observations cliniques réalisées dans les 24 heures suivant l'admission. Dans le cas d'observations non réalisées immédiatement à l'admission, indiquez les premières données disponibles (signalées par le patient et/ou dans les dossiers médicaux) dans les 24 heures suivant l'admission.

Pour les patients admis suite à un diagnostic alternatif évident, mais qui ont ensuite développé un COVID-19, fournissez les dates au fur et à mesure mais signalez les observations pour les 24 heures suivant l'apparition des symptômes d'une infection COVID-19 soupçonnée ou confirmée.

6a. VACCINATIONS

Si vous ne disposez pas de la date exacte de la plus récente dose de vaccin contre le COVID-19, veuillez fournir une estimation du jour où le vaccin a été administré. Il n'est pas possible de saisir des dates partielles (par ex. Jan-2021) dans la base de données.



ID PARTICIPANT | | | | | | – | | | | |

Insuffisance hépatique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Autre	☐Oui	☐Non ☐Inc
Trouble neurologique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inc	Si oui, préciser : _____		
VIH	☐Oui-sous ARV	☐Oui-pas sous ARV	☐Non	☐Inconnu		

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription

MEDICAMENTS 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) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

SIGNES ET SYMPTÔMES À L'ADMISSION *(Inc = Inconnu)*

Antécédents de fièvre	☐Oui	☐Non	☐Inc	Tirage sous-costal	☐Oui	☐Non ☐Inc
Toux	☐Oui	☐Non	☐Inc	Maux de tête	☐Oui	☐Non ☐Inc
avec expectorations	☐Oui	☐Non	☐Inc	Altération de l'état de conscience/confusion	☐Oui	☐Non ☐Inc
avec hémoptysie	☐Oui	☐Non	☐Inc	Convulsions	☐Oui	☐Non ☐Inc
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inc	Douleurs abdominales	☐Oui	☐Non ☐Inc
Écoulement nasal (rhinorrhée)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Vomissements / Nausées	☐Oui	☐Non ☐Inc
Respiration sifflante (sibilance)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Diarrhée	☐Oui	☐Non ☐Inc
Douleurs thoraciques	☐Oui	☐Non	☐Inc	Conjonctivite	☐Oui	☐Non ☐Inc
Douleurs musculaires (myalgie)	☐Oui	☐Non	☐Inc	Éruptions cutanées	☐Oui	☐Non ☐Inc
Douleurs articulaires (arthralgie).	☐Oui	☐Non	☐Inc	Ulcères cutanés	☐Oui	☐Non ☐Inc
Fatigue / Malaise	☐Oui	☐Non	☐Inc	Lymphadénopathie	☐Oui	☐Non ☐Inc
Souffle court	☐Oui	☐Non	☐Inc	Saignements (Hémorragie).	☐Oui	☐Non ☐Inc
Incapacité à marcher	☐Oui	☐Non	☐Inc	En cas d'hémorragie, préciser le(s) site(s) : _____		

Autres ☐Oui ☐Non ☐Inc Si oui, préciser : _____

VACCINATIONS

Vaccination contre le Covid-19 ☐OUI ☐NON ☐Inc — **Date estimée de la dose la plus récente :** [_][_]/[_][_]/[M][M][2][0][A][A]

Si OUI, nombre de doses reçues _____

Si OUI, précisez le type du vaccin le plus récent : _____

Si plus d'une dose a été administrée, précisez tous les types de vaccin reçus précédemment : _____

Vaccination contre la grippe dans les 6 mois précédents : ☐OUI ☐NON ☐Inconnu

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

7. MEDICAMENTS À L'ADMISSION

Signalez si le patient a reçu l'un de ces médicaments lors de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission. Pour les patients admis pour une autre raison et ayant ensuite développé un COVID-19, indiquez tous les médicaments administrés dans les 24 heures après le premier soupçon de COVID-19.

Détaillez tous les médicaments. Lors de la saisie des données sur le CRF électronique, une liste déroulante de différents médicaments sera fournie.

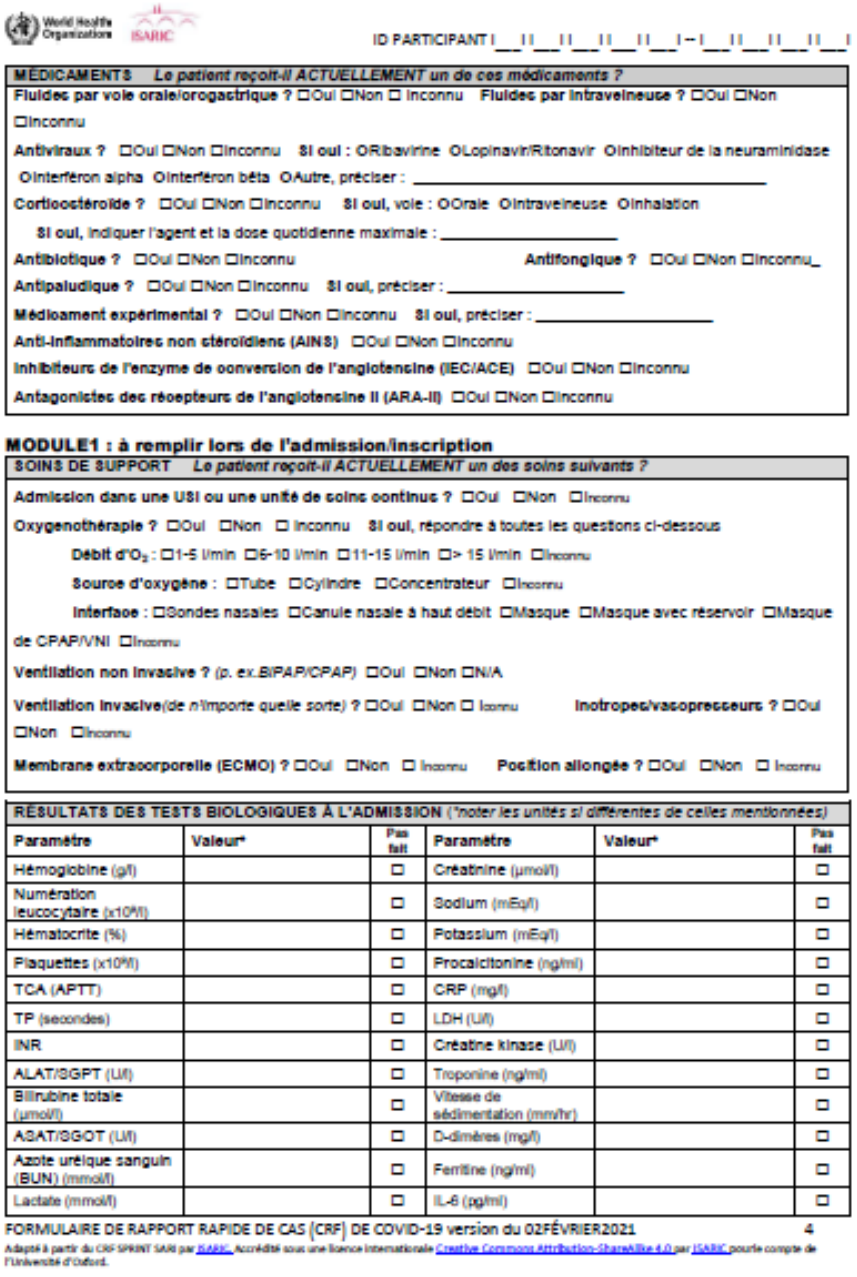
8. SOINS DE SUPPORT À L'ADMISSION

Indiquez tous les traitements reçus le jour de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission.

9. RESULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES A L'ADMISSION

Indiquez les résultats des examens réalisés lors de la consultation, de l'admission ou dans les 24 heures suivant l'admission, ou les résultats existants le jour ou dans les 24 heures des premiers symptômes d'un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19.

Assurez-vous que toutes les mesures sont exprimées dans les unités spécifiées. Si d'autres unités ont été utilisées, précisez lesquelles. Lors du transfert des données sur la base de données électronique, vous trouverez une liste déroulante des différentes unités utilisées dans le monde.



ID PARTICIPANT I__I__I__I__I__I__I – I__I__I__I__I__I

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

Fluides par voie orale/orogastrique ? ☐Oui ☐Non ☐ Inconnu **Fluides par intraveineuse ?** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antiviraux ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui :** ORibavirine OLopinavir/Ritonavir OInhibiteur de la neuraminidase OInterféron alpha OInterféron bêta OAutre, préciser : _____

Corticostéroïde ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui,** voie : OOrale OIntraveineuse OInhalation

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

MODULE1 : à remplir lors de l'admission/inscription

SOINS DE SUPPORT *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

Débit d'O_2 : ☐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

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)		☐	Créatinine (µmol/l)		☐
Numération leucocytaire (x10^9/l)		☐	Sodium (mEq/l)		☐
Hématocrite (%)		☐	Potassium (mEq/l)		☐
Plaquettes (x10^9/l)		☐	Procalcitonine (ng/ml)		☐
TCA (APTT)		☐	CRP (mg/l)		☐
TP (secondes)		☐	LDH (UI/l)		☐
INR		☐	Créatine kinase (UI/l)		☐
ALAT/SGPT (UI/l)		☐	Troponine (ng/ml)		☐
Bilirubine totale (µmol/l)		☐	Vitesse de sédimentation (mm/hr)		☐
ASAT/SGOT (UI/l)		☐	D-dimères (mg/l)		☐
Azote urétique sanguin (BUN) (mmol/l)		☐	Ferritine (ng/ml)		☐
Lactate (mmol/l)		☐	IL-6 (pg/ml)		☐

FORMULAIRE DE RAPPORT RAPIDE DE CAS (CRF) DE COVID-19 version du 02FÉVRIER2021 4

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pourle compte de l'Université d'Oxford.

Date du suivi
Ce module doit être rempli le premier jour de l'admission en USI ou en unité de soins continus (USC), puis chaque jour aussi longtemps que les ressources le permettent. Pour les patients admis en USI/USC ou dans d'autres services de soins critiques, veuillez remplir également le module Soins critiques. Indiquez la date de suivi pour ce formulaire. Toutes les données doivent correspondre à cette date, de minuit à minuit.

10. PARAMETRES VITAUX

Veuillez consulter la section Instructions générales et définitions.

Déshydratation sévère
Indiquez la présence d'une déshydratation sévère à n'importe quel moment du jour de suivi. Les signes d'une déshydratation sévère comprennent soif, sécheresse des muqueuses, petites quantités d'urine foncée, yeux cernés, réduction de l'élasticité de la peau.

Score de Glasgow (GCS)
Indiquez le GCS le plus bas observé. Pour les patients entubés et ceux avec une trachéostomie non fenestrée, accordez 1 point pour la composante vocale et calculez le total de la manière habituelle. Il est impossible de saisir des suffixes, comme un t pour trachéostomie, dans la base de données.

Niveau de conscience (AVPU)
Alerte – réaction à la voix – réaction à la douleur – sans réaction : indiquez l'état de moindre réactivité du patient au cours de la journée (sans compter le sommeil normal).

11. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES QUOTIDIENNES

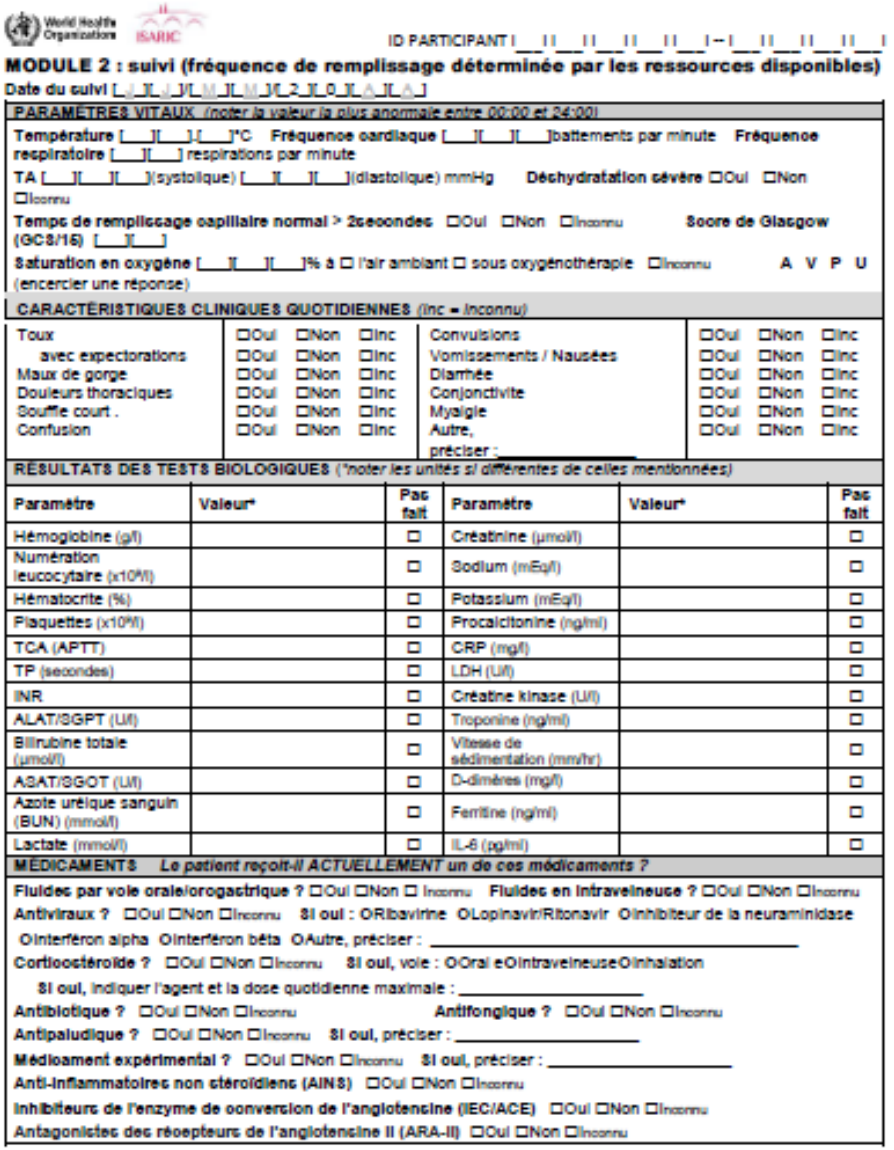
Cochez « Oui » pour tous les symptômes présents à n'importe quel moment de la date de suivi indiquée sur le formulaire.

12. RESULTATS DES TESTS BIOLOGIQUES

Indiquez tous les résultats biologiques obtenus le jour du suivi. Le jour du suivi de ce formulaire doit correspondre à la date de prélèvement et non pas à la date de la transmission des résultats. Indiquez les unités utilisées pour chaque mesure. Si le laboratoire exprime ces résultats dans des unités différentes, indiquez l'unité utilisée dans la colonne « Valeur ». Une liste déroulante permet d'indiquer les unités utilisées dans la base de données.

13. MEDICAMENTS

Indiquez si le patient a reçu un ou plusieurs de ces médicaments à la date indiquée sur le formulaire de suivi. Choisissez tous les traitements reçus. Indiquez les noms génériques des médicaments administrés. Une liste déroulante permet d'indiquer les unités utilisées dans la base de données.



ID PARTICIPANT |__|__|__|__|__|__|–|__|__|__|__|

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

Date du suivi [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

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 > 2secondes ☐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	☐Oui	☐Non	☐Inc	Convulsions	☐Oui	☐Non	☐Inc
avec expectorations	☐Oui	☐Non	☐Inc	Vomissements / Nausées	☐Oui	☐Non	☐Inc
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inc	Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inc
Douleurs thoraciques	☐Oui	☐Non	☐Inc	Conjonctivite	☐Oui	☐Non	☐Inc
Souffle court .	☐Oui	☐Non	☐Inc	Myalgie	☐Oui	☐Non	☐Inc
Confusion	☐Oui	☐Non	☐Inc	Autre, préciser : _____	☐Oui	☐Non	☐Inc

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

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

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 :** ORibavirine OLopinavir/Ritonavir OInhibiteur de la neuraminidase OInterféron alpha OInterféron bêta OAutre, préciser : _____

Corticostéroïde ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui,** voie : OOral eOIntraveineuseOInhalation

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

FORMULAIRE DE RAPPORT RAPIDE DE CAS (CRF) DE COVID-19 version du 02FÉVRIER2021 5

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

14. SOINS DE SUPPORT

Indiquez tous les traitements reçus durant ce jour de suivi (de minuit à minuit), quelle qu’en soit la durée.

World Health Organization ISARIC

ID PARTICIPANT I__I__I__I__I--I__I__I__I__I

SOINS DE SUPPORT ***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 :**

Volume du débit d'O_2 : ☐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

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

Cette page doit être remplie lorsqu'un patient a quitté l'hôpital ou est décédé, en utilisant toutes les données disponibles pour toute la durée de son séjour à l'hôpital.

15. TEST DIAGNOSTIQUE / PATHOGENE

Radiographie/tomodensitométrie thoracique
Sélectionnez « Oui » si une radiographie ou tomodensitométrie thoracique a été réalisée à n'importe quel moment du séjour à l'hôpital du patient.

Présence d'infiltrats
Cochez la case de présence d'infiltrats s'ils ont été signalés par un radiologue. Vous pouvez aussi cocher « Oui » si vous avez les qualifications nécessaires pour interpréter les images ou si un membre expérimenté de l'équipe clinique en charge du patient a documenté que les images démontrent des « infiltrats », une « consolidation », des « opacités » ou des « signes radiologiques de pneumonie/pneumonite/SDRA ».

Test de présence du pathogène
Pour chaque pathogène, indiquez si le test était positif (on a trouvé le pathogène), négatif (on n'a pas trouvé le pathogène) ou Inconnu si on ne sait pas si le test a été réalisé.

Si un pathogène a été identifié, indiquez l'organisme identifié le plus précisément possible.

16. COMPLICATIONS

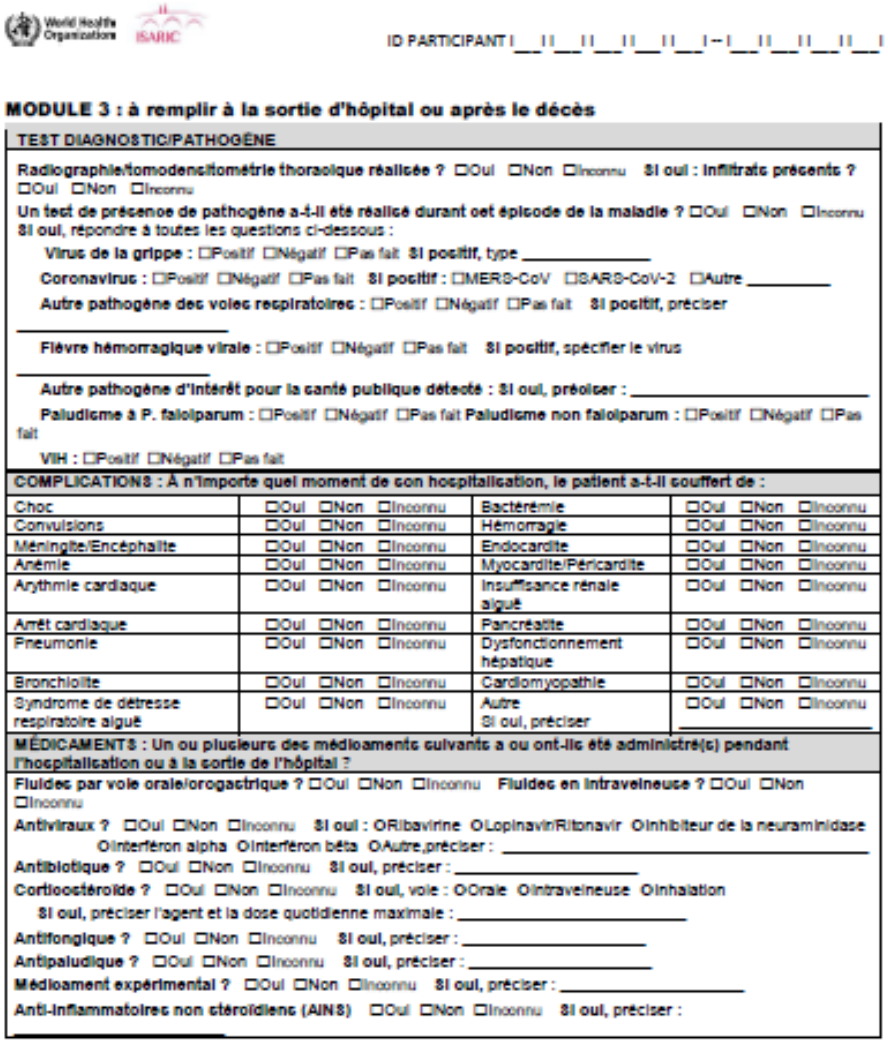
Sélectionnez toutes les complications identifiées cliniquement chez le patient à n'importe quel moment de son séjour à l'hôpital.

N'incluez pas les comorbidités connues (p. ex. une fibrillation auriculaire antérieure ne doit pas être incluse, mais l'apparition d'une fibrillation auriculaire lors du séjour à l'hôpital doit l'être)

Choc
Hypotension ne répondant pas à la réanimation intraveineuse et nécessitant des médicaments vasoactifs pour maintenir une perfusion capillaire suffisante.

Convulsions
Une syncope, convulsion ou « crise » de type épileptique est une contraction rythmique involontaire des muscles. Cochez « Oui » en cas de tout type de convulsion, quelle qu'en soit la cause (fièvre, épilepsie...).

Méningite / encéphalite
Inflammation des méninges ou du parenchyme cérébral. Cochez « Oui » en cas de diagnostic clinique, radiologique ou microbiologique.



ID PARTICIPANT I__ I__ I__ I__ I__ I__ I – I__ I__ I__ I__ I

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	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Bactériémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Convulsions	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Hémorragie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Méningite/Encéphalite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Endocardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Anémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Myocardite/Péricardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arythmie cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Insuffisance rénale aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arrêt cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pancréatite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Pneumonie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Bronchiolite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Cardiomyopathie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Autre Si oui, préciser	☐Oui ☐Non ☐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 ?

Fluides par voie orale/orogastrique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Fluides en intraveineuse ?** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antiviraux ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui :** ORibavirine OLopinavir/Ritonavir OInhibiteur de la neuraminidase OInterféron alpha OInterféron bêta OAutre,préciser : _____

Antibiotique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui, préciser :** _____

Corticostéroïde ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui, voie :** OOrale OIntraveineuse OInhalation

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 :** _____

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

Anémie
Cochez « Oui » si les taux d'hémoglobine sont en dessous des seuils spécifiques pour l'âge et le sexe du patient indiqués ci-dessous.

Âge et sexe	Seuil d'hémoglobine g/l	Seuil d'hémoglobine mmol/l
Âge de 6 mois à 5 ans	110	6,8
Âge de 5 à 12 ans	115	7,1
Âge de 12 à 15 ans	120	7,4
Âge > 15 ans, femmes non enceintes	120	7,4
Femmes enceintes	110	6,8
Âge > 15 ans, hommes	130	8,1

Arythmie cardiaque
Si une arythmie cardiaque a été identifiée et qu'il n'en existe aucune mention antérieure, cochez « Oui ».

Pneumonie
Cochez « Oui » en cas de diagnostic radiologique de pneumonie ou si une pneumonie est retenue comme diagnostic à la sortie de l'hôpital.

Bronchiolite
Il s'agit d'un diagnostic clinique, en général chez les enfants de moins de 2 ans.

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)
Définie sur base des critères de Berlin :

- apparition dans la semaine suivant une atteinte clinique ou l'aggravation de symptômes respiratoires ;
- opacités bilatérales à la radiographie qui se sont pas totalement expliquées par des effusions, un collapsus lobaire/pulmonaire ou des nodules ;
- insuffisance respiratoire qui n'est pas totalement expliquée par une insuffisance cardiaque ou une surcharge liquidienne.

Bactérémie
Croissance bactérienne en hémoculture. Cochez « Non » si les seules bactéries présentes sont soupçonnées être des contaminants cutanés (p. ex. staphylocoques ou diphtéroïdes à coagulase négative).

Hémorragie
Cochez « Oui » en cas d'hémorragie, quel qu'en soit le site.

Endocardite
Inflammation bactérienne ou stérile et formation de végétations sur l'endocarde, les valves natives ou prosthétiques.

World Health Organization ISARIC ID PARTICIPANT I__I__I__I__I__I__I__I–I__I__I__I__I__I

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	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Bactérémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Convulsions	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Hémorragie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Méningite/Encéphalite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Endocardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Anémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Myocardite/Péricardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arythmie cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Insuffisance rénale aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arrêt cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pancréatite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Pneumonie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Bronchiolite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Cardiomyopathie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Autre Si oui, préciser	☐Oui ☐Non ☐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 ?

Fluides par voie orale/orogastrique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Fluides en intraveineuse ?** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antiviraux ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui :** ORibavirine OLopinavir/Ritonavir OInhibiteur de la neuraminidase OInterféron alpha OInterféron bêta OAutre,préciser : _____

Antibiotique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui, préciser :** _____

Corticostéroïde ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui, voie :** OOrale OIntraveineuse OInhalation

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 :** _____

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

Myocardite / péricardite
Inflammation du cœur ou du péricarde (enveloppe externe du cœur). Le diagnostic peut être clinique, biochimique (enzymes cardiaques) ou radiologique.

Insuffisance rénale aiguë
L'insuffisance rénale aiguë est définie par une des caractéristiques suivantes :

- élévation de la créatinine sérique de ≥ 0,3 mg/dl (≥ 26,5 µmol/l) en moins de 48 heures ;
- élévation de la créatinine sérique de ≥1,5 fois la valeur de référence, dont on sait ou soupçonne qu'elle s'est produite dans les 7 jours précédents ;
- volume d'urine < 0,5 ml/kg/heure pendant 6 heures.

Pancréatite
Inflammation du pancréas, diagnostiquée sur base d'observations cliniques, biochimiques, radiologiques ou histologiques.

Dysfonctionnement hépatique
Définit par un des éléments suivants :

- jaunisse clinique ;
- hyperbilirubinémie (concentration de bilirubine sanguine deux fois supérieure à la limite supérieure de la normale) ;
- élévation de l'alanine aminotransférase ou de l'aspartate aminotransférase à deux fois la limite supérieure de la normale.

Cardiomyopathie
Cochez « Oui » si une cardiomyopathie a été diagnostiquée lors de cette admission.

Autre
Signalez toute autre complication grave observée lors du séjour à l'hôpital de ce patient.

17. MEDICAMENTS

Indiquez si le patient a reçu un ou plusieurs de ces médicaments pendant son séjour à l'hôpital, jusqu'au et incluant le jour de sortie.

ID PARTICIPANT I__I__I__I__I__I__I__I–I__I__I__I__I__I

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	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Bactériémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Convulsions	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Hémorragie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Méningite/Encéphalite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Endocardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Anémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Myocardite/Péricardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arythmie cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Insuffisance rénale aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arrêt cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pancréatite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Pneumonie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Bronchiolite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Cardiomyopathie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Autre Si oui, préciser	☐Oui ☐Non ☐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 ?

Fluides par voie orale/orogastrique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Fluides en intraveineuse ?** ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antiviraux ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui :** ORibavirine OLopinavir/Ritonavir OInhibiteur de la neuraminidase OInterféron alpha OInterféron bêta OAutre,préciser : _____

Antibiotique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui,** préciser : _____

Cortiocostéroïde ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui,** voie : OOrale OIntraveineuse OInhalation

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 : _____

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.

18. SOINS DE SUPPORT

Pour toutes les questions relatives à la durée, comptez le nombre de jours calendaires pendant lesquels le patient a reçu le traitement. Pour les traitements interrompus puis repris, comptez les jours où le traitement a été administré, mais pas ceux durant lequel il ne l'a pas été.

Admission dans une USI ou une unité de soins continus (USC)
Si le patient est décédé en USI/USC ou s'il a été transféré de l'USI/USC de votre centre hospitalier à l'USI/USC d'un autre hôpital, cochez « en USI à l'issue ». Sinon, indiquez la date de sortie de l'USI/USC.

19. ISSUE

Issue
Sélectionnez une seule issue.

Sorti vivant de l'hôpital peut signifier que le patient est retourné à son lieu de résidence avant sa maladie, au domicile d'un parent ou d'un ami, ou dans une maison de repos et de soins, car sa maladie n'est plus assez grave pour être traitée en milieu hospitalier.

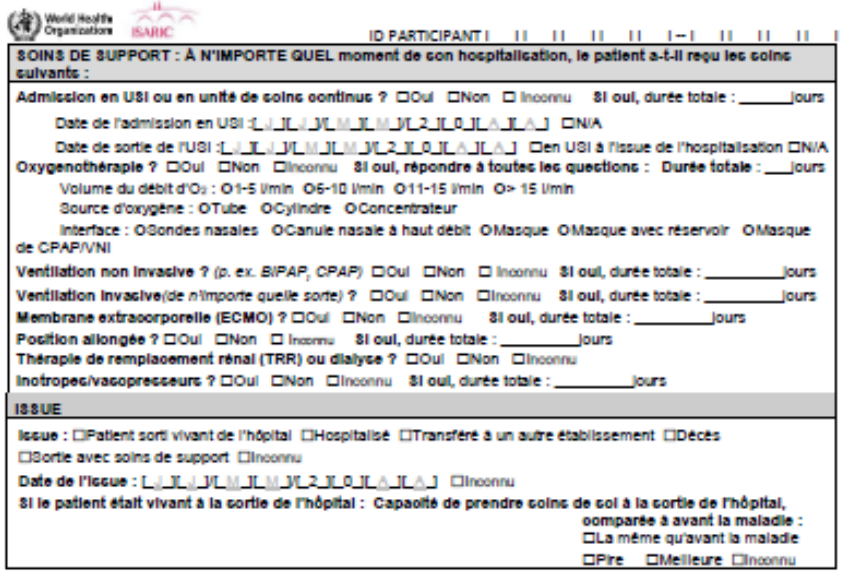
Hospitalisé signifie que le patient est encore à l'hôpital mais a récupéré de son infection COVID-19 et le formulaire a été rempli alors que le patient se trouve dans un service de l'hôpital pour recevoir des soins pour une autre maladie, et le formulaire ne sera pas rempli à une date ultérieure.

Transféré dans un autre établissement signifie que le patient a été transféré dans un autre établissement de soins médicaux. Celui-ci peut être un centre spécialisé en traitements plus intensifs ou un centre de réadaptation. Il ne s'agit pas d'un établissement fournissant uniquement une aide sociale (ces patients doivent être placés dans la catégorie des patients sortis vivants de l'hôpital).

Décès signifie que le patient est décédé à l'hôpital.

Sortie avec soins palliatifs signifie que le patient est sorti de l'hôpital mais qu'on ne s'attend pas à ce qu'il guérisse de cette maladie ou d'une maladie coexistante. Le patient pourrait avoir été transféré dans un établissement spécialisé ou être rentré à son domicile avec des médicaments adaptés à la fin de vie.

Date de l'issue
Indiquez la date de l'issue signalée ci-dessus.



ID PARTICIPANT

SOINS DE SUPPORT : 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 :[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐N/A
Date de sortie de l'USI :[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐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'O_2 : O1-5 l/min O6-10 l/min O11-15 l/min O> 15 l/min
Source d'oxygène : OTube OCylindre OConcentrateur
Interface : OSondes nasales OCanule nasale à haut débit OMasque OMasque avec réservoir OMasque 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

Issue : ☐Patient sorti vivant de l'hôpital ☐Hospitalisé ☐Transféré à un autre établissement ☐Décès ☐Sortie avec soins de support ☐Inconnu
Date de l'issue : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐Inconnu
Si le patient était vivant à la sortie de l'hôpital : 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

Adapté à partir du CRF SPRINT SARI par ISARIC. Accrédité sous une licence internationale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 par ISARIC pour le compte de l'Université d'Oxford.