

Plateforme clinique mondiale COVID-19

NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID-19) - VERSION ABRÉGÉE

INTRODUCTION

En réponse à l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) lance une plateforme mondiale de données cliniques anonymisées COVID-19 (la « plateforme de données COVID-19 ») pour permettre aux États Parties au Règlement sanitaire international (RSI) (2005) de partager avec l'OMS des données cliniques et informations anonymisées relatives aux cas suspects ou confirmés d'infection par le 2019-nCoV (collectivement « données COVID-19 anonymisées »).

Les données COVID-19 anonymisées reçues des États Parties par l'intermédiaire de la plateforme de données COVID-19 resteront la propriété de l'État Partie contributeur et seront utilisées par l'OMS à des fins de vérification, d'évaluation et d'assistance conformément au RSI (2005), notamment pour éclairer la riposte de santé publique et les mesures cliniques en rapport avec la flambée épidémique de COVID-19. Pour aider à atteindre ces objectifs, l'OMS établira un groupe consultatif clinique indépendant chargé de conseiller l'OMS sur la communication et l'analyse des données COVID-19 anonymisées au niveau mondial. Les États Parties sont invités à fournir des données COVID-19 anonymisées sur la plateforme de données COVID-19. Ils sont invités à contacter l'OMS pour obtenir de plus amples informations sur la plateforme COVID-19, notamment les identifiants de connexion. Afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données COVID-19 anonymisées, les États Parties sont respectueusement priés de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger leurs identifiants et mots de passe de connexion respectifs à la plateforme de données COVID-19.

Les données COVID-19 anonymisées seront stockées sur la plateforme de données COVID-19, qui est une plateforme électronique sécurisée, à accès limité et protégée par un mot de passe, hébergée pour le compte de l'OMS par un fournisseur de plateformes tiers. L'OMS et cette tierce partie ont conclu des accords contractuels exigeant, entre autres, que cette dernière : i) protège la confidentialité et empêche la divulgation non autorisée des données COVID-19 anonymisées ; ii) s'abstienne d'utiliser les données COVID-19 anonymisées à toute autre fin que la fourniture de services d'hébergement à l'OMS conformément aux dispositions contractuelles ; et iii) mette en œuvre et maintienne des mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées pour protéger la sécurité des données COVID-19 anonymisées et de la plateforme de données COVID-19. Conformément à l'article 11(4) du RSI (2005), l'OMS ne mettra pas les données COVID-19 anonymisées à la disposition générale des autres États Parties tant que l'une des conditions énoncées au paragraphe 2 de cet article 11 ne sera pas remplie et après consultation des pays touchés. Conformément à ce même article 11, l'OMS ne rendra pas publiques les données COVID-19 anonymisées, à moins et jusqu'à ce que lesdites données anonymisées aient déjà été mises à la disposition des États Parties, et à condition que d'autres informations sur l'épidémie de COVID-19 soient déjà rendues publiques et qu'il soit nécessaire de diffuser des informations faisant autorité et indépendantes. Pour plus d'informations, veuillez contacter : COVID_ClinPlatform@who.int.

CONCEPTION DE CE CAHIER D'OBSERVATION

Ce cahier d'observation est conçu pour recueillir des données issues de l'examen clinique, de l'entretien et du dossier médical constitué à l'hôpital. Ces données peuvent être recueillies rétrospectivement si le patient est recruté après la date de son admission. La période de recueil des données est définie comme la période allant de l'admission à l'hôpital à la sortie, au transfert, au décès ou à la poursuite de l'hospitalisation du patient sans possibilité de poursuivre le recueil des données.

Ce cahier d'observation comporte 3 modules :

Le module 1 doit être rempli le premier jour de l'admission au centre de santé.

Le module 2 doit être rempli le premier jour de l'admission à l'unité de soins intensifs ou à l'unité pour personnes hautement dépendantes, puis quotidiennement tant que les ressources le permettent. Les patients qui passent d'un service à un autre doivent continuer d'être suivis.

Le module 3 doit être rempli au moment de la sortie ou du décès du patient.

ORIENTATIONS GÉNÉRALES

- Le numéro d'identification du participant se compose d'un code de site et d'un numéro de participant. Vous pouvez vous enregistrer dans le système de gestion des données en écrivant à COVID_ClinPlatform@who.int, et notre équipe de gestion des données vous contactera pour vous donner des instructions sur la saisie des données et vous attribuera alors un code de site à 5 chiffres.
- Pour obtenir de l'aide avec les bases de données, laisser des commentaires et nous faire savoir que vous utilisez ces cahiers d'observation, contactez-nous à l'adresse COVID_ClinPlatform@who.int.

Ce cahier d'observation a été adapté de SPRINT SARI CRF par [ISARIC](#).

MODULE 1 : à remplir lors de l'admission/du recrutement

Nom du site _____ Pays _____

Date du recrutement [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]

CRITÈRES CLINIQUES D'INCLUSION		
Infection avérée ou suspectée par un agent pathogène d'intérêt pour la santé publique		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un ou plusieurs de ces critères pendant la maladie	Antécédent de fièvre signalée par le patient ou fièvre mesurée $\geq 38^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dyspnée (essoufflement) OU Tachypnée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Suspicion clinique d'infection respiratoire aiguë bien que ne répondant pas aux critères ci-dessus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
* fréquence respiratoire ≥ 50 respiration/min pour les < 1 an ; ≥ 40 pour les 1-4 ans ; ≥ 30 pour les 5-12 ans ; ≥ 20 pour les ≥ 13 ans		

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES
Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié
Date de naissance [J] [J] / [M] [M] / [A] [A] [A] [A]
Si la date de naissance n'est pas connue, indiquer : Âge [] [] ans OU [] [] mois
Agents de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Employé de laboratoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> S.o. Si oui, évaluation de l'âge gestationnel [] [] semaines

DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES ET SIGNES VITAUX À L'ADMISSION (premières données disponibles lors de la présentation/l'admission)
Début des symptômes (date du premier symptôme apparu) [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]
Date d'admission dans cet établissement [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]
Température [] [] . [] $^\circ\text{C}$ Fréquence cardiaque [] [] [] battements/min
Fréquence respiratoire [] [] respirations/min
TA [] [] [] (systolique) [] [] [] (diastolique) mm Hg
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 : [] [] % sur <input type="checkbox"/> air ambiant <input type="checkbox"/> oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Inconnu AVPU (entourer une lettre)
Score de Glasgow (GCS /15) [] [] Malnutrition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Périmètre brachial à mi-hauteur [] [] [] mm Taille : [] [] [] [] cm Poids : [] [] [] kg

COMORBIDITÉS (existantes avant l'admission) (Inc = Inconnu)		
Maladie cardiaque chronique (<i>pas d'hypertension</i>) <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	
Maladie 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	
Maladie 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	Si oui, préciser : _	
VIH <input type="checkbox"/> Oui sous TARV <input type="checkbox"/> Oui pas de TARV <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		

TRAITEMENTS PRÉ-ADMISSION ET LONGUE DURÉE		L'un des traitements suivants a-t-il été pris dans les 14 jours précédant l'admission ?	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ?	<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 (Inc = Inconnu)			
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	Céphalée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
avec production d'expectorations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Altération de la 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
Mal 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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs articulaires	<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	Adénopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Saignement (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 de saignement, préciser le(s) site(s) :	
Autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc Si oui, préciser : _____			

TRAITEMENTS Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT l'un des traitements suivants ?	
Liquides par voie orale/orogastrique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Liquides par voie 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 : _____
Corticoïdes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, voie d'administration : <input type="radio"/> Voie orale <input type="radio"/> Voie intraveineuse <input type="radio"/> Inhalation
Si oui, indiquer l'agent thérapeutique et la dose journalière maximale : _____	
Antibiotiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Agent antifongique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Agent antipaludique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser : _____
Agent expérimental ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser : _____
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

SOINS DE SOUTIEN Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT l'un des soins suivants ?	
Admission à l'USI ou à l'Unité pour personnes hautement dépendantes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, renseigner toutes les informations demandées ci-dessous :
Débit d'O ₂ : <input type="checkbox"/> 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min <input type="checkbox"/> Inconnu	
Source d'oxygène : <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Bouteille <input type="checkbox"/> Concentrateur <input type="checkbox"/> Inconnu	
Interface : <input type="checkbox"/> Canule nasale <input type="checkbox"/> Canule nasale haut débit <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir <input type="checkbox"/> Masque CPAP/VNI <input type="checkbox"/> Inconnu	
Ventilation non invasive ? (p. ex. BIPAP/CPAP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.o.
Ventilation invasive (quelconque) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Inotropes/vasopresseurs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Assistance extracorporelle (ECMO) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Position couchée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

RÉSULTATS DE LABORATOIRE À L'ADMISSION (*indiquer les unités si elles sont différentes de celles qui sont proposées)					
Paramètre	Valeur*	Non réalisé	Paramètre	Valeur*	Non réalisé
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/ratio		<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"/>	VS (mm/h)		<input type="checkbox"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Urée (azote uréique)		<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 d'exécution déterminée par les ressources disponibles)

Date du suivi [J] [J] / [M] [M] / 2 0 [A] [A]

SIGNES VITAUX (inscrire la valeur la plus anormale enregistrée entre 00:00 et 24:00)

Température [] [] . [] °C Fréquence cardiaque [] [] [] battements par min
 Fréquence respiratoire [] [] respirations/min TA [] [] [] (systolique) [] [] [] (diastolique) mm Hg
 Déshydratation sévère Oui Non Inconnu Temps de remplissage capillaire sternal >2 secondes Oui Non Inconnu GCS/15 [] [] []

TABLEAU CLINIQUE JOURNALIER (Inc = Inconnu)

Toux et production d'expectorations	<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
Mal de gorge	<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
Douleurs thoraciques	<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
Essoufflement	<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
Confusion	<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
	<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 DE LABORATOIRE (*indiquer les unités si elles sont différentes de celles qui sont proposées)

Paramètre	Valeur*	Non réalisé	Paramètre	Valeur*	Non réalisé
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/ratio		<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"/>	VS (mm/h)		<input type="checkbox"/>
ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Urée (azote uréique) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT l'un des traitements suivants ?

Liquides par voie orale/orogastrique ? Oui Non Inconnu
 Liquides par voie intraveineuse ? Oui Non Inconnu
 Antiviraux ? Oui Non Inconnu Si oui : Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Inhibiteur de la neuraminidase
 Interféron alpha Interféron bêta Autre, préciser : _____
 Corticoïdes ? Oui Non Inconnu Si oui, voie d'administration : Voie orale Voie intraveineuse Inhalation
 Si oui, indiquer l'agent thérapeutique et la dose journalière maximale : _____
 Antibiotiques ? Oui Non Inconnu Agent antifongique ? Oui Non Inconnu
 Agent antipaludique ? Oui Non Inconnu
 Si oui, préciser : _____ Agent expérimental ? Oui Non Inconnu
 Si oui, préciser : _____
 Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ? Oui Non Inconnu
 Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ? Oui Non Inconnu
 Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ? Oui Non Inconnu

SOINS DE SOUTIEN <i>Le patient reçoit-il ACTUELLEMENT l'un des soins suivants ?</i>	
Admission à l'USI ou à l'Unité pour personnes hautement dépendantes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Date d'admission à l'USI/l'Unité pour personnes hautement dépendantes [J][J]/[M][M] [2][0][A][A] <input type="checkbox"/> Inconnu	
Date de sortie de l'USI/Unité pour personnes hautement dépendantes [J][J]/[M][M] [2][0][A][A] <input type="checkbox"/> Pas encore sorti <input type="checkbox"/> Inconnu	
Oxygénothérapie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , renseigner toutes les informations demandées ci-dessous :	
Débit d'O₂ : <input type="checkbox"/> 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min <input type="checkbox"/> Inconnu	
Source d'oxygène : <input type="checkbox"/> Circuit <input type="checkbox"/> Bouteille <input type="checkbox"/> Concentrateur <input type="checkbox"/> Inconnu	
Interface : <input type="checkbox"/> Canules nasales <input type="checkbox"/> Canule nasale haut débit <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir <input type="checkbox"/> Masque CPAP/VNI <input type="checkbox"/> Inconnu	
Ventilation non invasive ? (p. ex. BIPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Ventilation invasive (quelconque) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Inotropes/vasopresseurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Assistance extracorporelle (ECMO) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Position couchée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Traitement de suppléance rénale ou dialyse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Module 3: à remplir au moment de la sortie ou du décès du patient
TESTS DIAGNOSTIC/TESTS DE DÉTECTION D'AGENTS PATHOGÈNES

Radiographie thoracique /TDM effectué ? Oui Non Inconnu **Si oui : présence d'infiltrats ?** Oui Non Inconnu

Des tests de détection d'agents pathogènes ont-ils été effectués pendant cet épisode de la maladie ?
Oui Non Inconnu **Si oui**, renseigner toutes les informations demandées ci-dessous :

Virus grippal : Positif Négatif Non réalisé **Si positif**, type _____

Coronavirus : Positif Négatif Non réalisé **Si positif :** MERS-CoV SARS-CoV-2 Autre _____

_____ **Autre agent pathogène respiratoire :**

Positif Négatif Non réalisé **Si positif**, préciser _____ **Fièvre hémorragique virale :** Positif

Négatif Non réalisé **Si positif**, préciser le virus _____

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

Paludisme à falciparum : Positif Négatif Non réalisé

Paludisme non à falciparum : Positif Négatif Non réalisé

VIH : Positif Négatif Non réalisé

COMPLICATIONS : À tout moment au cours de l'hospitalisation, le patient a-t-il présenté :

État 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	Saignements	<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	Lésion 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	<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	Myocardiopathie	<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 :	

TRAITEMENTS : Au cours de l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital, l'un des traitements suivants a-t-il été administré?

Liquides par voie orale/orogastrique ? Oui Non Inconnu

Liquides par voie intraveineuse ? Oui Non Inconnu

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

Antibiotiques ? Oui Non Inconnu **Si oui**, préciser : _____

Corticoïdes ? Oui Non Inconnu **Si oui**, voie d'administration : Voie orale Voie intraveineuse
Inhalation

Si oui, indiquer l'agent thérapeutique et la dose journalière maximale : _____

Agent antifongique ? Oui Non Inconnu **Si oui**, préciser : _____ **Agent antipaludique ?**

Oui Non Inconnu

Si oui, préciser : _____ **Agent expérimental**

? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser : _____

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ? Oui Non Inconnu **Si oui**, préciser :

SOINS DE SOUTIEN : À UN moment au cours de l'hospitalisation, le patient a-t-il fait l'objet de :	
Admission à l'USI ou à l'Unité pour personnes hautement dépendantes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	
Date d'admission à l'USI : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] <input type="checkbox"/> S.o.	
Oxygénothérapie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, renseigner toutes les informations demandées ci-dessous : Débit d'O ₂ : <input type="radio"/> 1-5 l/min <input type="radio"/> 6-10 l/min <input type="radio"/> 11-15 l/min <input type="radio"/> >15 l/min Source d'oxygène : <input type="radio"/> Circuit <input type="radio"/> Bouteille <input type="radio"/> Concentrateur Interface : <input type="radio"/> Canule nasale <input type="radio"/> Canule nasale haut débit <input type="radio"/> Masque <input type="radio"/> Masque avec réservoir <input type="radio"/> Masque CPAP/VNI Durée totale: _____ jours	
Ventilation non invasive ? (p. ex. BIPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	
Ventilation invasive (quelconque) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	
Assistance extracorporelle (ECMO) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	
Position couchée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	
Traitement de suppléance rénale ou dialyse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Inotropes/vasopresseurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui , durée totale : _____ jours	

ISSUE
Issue : <input type="checkbox"/> Sortie vivante <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre établissement <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Sortie palliative <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de l'issue : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] <input type="checkbox"/> Inconnu
En cas de sortie vivante : Capacité à se prendre en charge à la sortie d'hôpital versus avant la maladie : <input type="checkbox"/> Même capacité qu'avant la maladie <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Meilleure <input type="checkbox"/> Inconnu