

## Plateforme mondiale de données cliniques sur la COVID-19 :

### cahier d'observation pour les cas suspects de syndrome inflammatoire multisystémique présentant un lien temporel avec la COVID-19 chez les enfants et les adolescents

#### Définition de cas préliminaire

Enfants et adolescents âgés de 0 à 19 ans présentant une fièvre pendant  $\geq 3$  jours

**ET deux** des signes suivants :

- éruption cutanée ou conjonctivite bilatérale non purulente ou signes d'inflammation mucocutanée (bouche, mains ou pieds) ;
- hypotension ou état de choc ;
- signes de dysfonctionnement myocardique, de péricardite, de valvulite ou d'anomalies coronariennes (anomalies à l'échocardiographie ou taux élevés de troponine/NT-proBNP) ;
- éléments révélateurs d'une coagulopathie (anomalie du TP, TCA, D-dimères élevés) ;
- troubles gastro-intestinaux aigus (diarrhées, vomissements ou douleurs abdominales) ;

**ET**

des marqueurs d'inflammation élevés tels que l'ESR, la protéine C-réactive ou la procalcitonine

**ET**

aucune autre cause microbienne évidente d'inflammation, comme une septicémie bactérienne ou des syndromes de choc staphylococcique ou streptococcique

**ET**

éléments révélateurs d'une COVID-19 (par RT-PCR, test de détection d'antigènes ou sérologie positive) ou contact probable avec des patients atteints de COVID-19.

Remarque : il convient d'envisager ce syndrome chez les enfants présentant des caractéristiques de la maladie de Kawasaki typique ou atypique ou du syndrome de choc toxique.

**MODULE 1 : Remplir ce cahier d'observation pour tous les enfants âgés de 0 à 19 ans chez lesquels un trouble inflammatoire multisystémique est soupçonné (même si les critères de la définition de cas ne sont pas tous satisfaits, l'objectif étant de recueillir des informations sur le spectre complet de la maladie). Commencer à remplir le cahier au moment où la maladie est suspectée. Soumettre le module 1 lorsque les résultats des investigations initiales incluses dans la définition de cas sont disponibles.**

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Date à laquelle le module a été rempli [ J ] [ J ] / [ M ] [ M ] / [ 2 ] [ 0 ] [ A ] [ A ]

Date d'hospitalisation [ J ] [ J ] / [ M ] [ M ] / [ 2 ] [ 0 ] [ A ] [ A ]











### MODULE 3. Remplir et soumettre ce module au moment de la sortie d'hôpital ou du décès du patient

#### 3a. TABLEAU CLINIQUE SOMMAIRE ACTUEL

(inclure tous les signes observés à un moment quelconque entre la date d'hospitalisation et celle de sortie/décès)

Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Durée de la fièvre	___ jours		
Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Conjonctivite bilatérale non purulente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Signes d'inflammation de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Signes d'inflammation cutanée des extrémités (mains ou pieds)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Hypotension (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Tachycardie (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Allongement du temps de remplissage capillaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Pâleur/marbrures de la peau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Mains/pieds froids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Production d'urine <2 ml/kg/h	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Tachypnée (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

#### 3b. RÉSULTATS DE LABORATOIRE

(consigner le résultat le plus anormal obtenu entre le début de l'hospitalisation et la sortie/le décès) (\*indiquer les unités si elles sont différentes de celles proposées)

Paramètre	Valeur*	Non réalisé	Paramètre	Valeur*	Non réalisé
<b>Marqueurs d'une inflammation/coagulopathie</b>			<b>Marqueurs d'un dysfonctionnement organique</b>		
Hémoglobine (g/l)		<input type="checkbox"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Numération leucocytaire (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="checkbox"/>	Sodium ( mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Neutrophiles (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="checkbox"/>	Potassium ( mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Lymphocytes (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="checkbox"/>	Urée (azote uréique)		<input type="checkbox"/>
Hématocrite (%)		<input type="checkbox"/>	Glucose (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquettes (x10 <sup>9</sup> /l)		<input type="checkbox"/>	Pro-BNP (pg/ml)		<input type="checkbox"/>
TCA/ratio		<input type="checkbox"/>	Troponine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TP (secondes)		<input type="checkbox"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
Fibrinogène (g/l)		<input type="checkbox"/>	Triglycérides		<input type="checkbox"/>
Procalcitonine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>	ALAT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>
CRP (mg/l)		<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"/>	Albumine (g/dl)		<input type="checkbox"/>
IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>	Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>			

**3c. IMAGERIE/TESTS DE DÉTECTION DES AGENTS PATHOGÈNES** (consigner le résultat le plus anormal obtenu entre le début de l'hospitalisation et la sortie/le décès)**Radiographie thoracique/TDM effectuée** Oui Non Inconnu **Si oui, résultats** \_\_\_\_\_**Échocardiographie effectuée** Oui Non InconnuSi oui, signes de dysfonctionnement myocardique ? Oui Non Inconnusignes de péricardite ? Oui Non Inconnusignes de valvulite ? Oui Non Inconnuanomalies coronariennes ? Oui Non Inconnu**Autre examen d'imagerie cardiaque effectué** Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom de l'examen d'imagerie et les résultats \_\_\_\_\_

**Test de détection d'agents pathogènes bactériens**Pathogène bactérien Positif Négatif Non réalisé

Si positif, préciser \_\_\_\_\_

**Test de dépistage du SARS-CoV-2**RT-PCR Positif Négatif Non réalisé Site de prélèvement de l'échantillon \_\_\_\_\_Test rapide de détection d'antigènes Positif Négatif Non réalisé Site de prélèvement de l'échantillon \_\_\_\_\_Test rapide de détection d'anticorps Positif Négatif Non réaliséELISA Positif Négatif Non réalisé Si réalisé, titres \_\_\_\_\_Test de neutralisation Positif Négatif Non réalisé Si réalisé, titres \_\_\_\_\_

Autre test ? Préciser \_\_\_\_\_ Résultats \_\_\_\_\_





