

Plateforme clinique mondiale COVID-19

CAHIER D'OBSERVATION (CRF) - VERSION ABRÉGÉE CORE

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 ») afin de 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 afin d'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 la conseiller en matière de communication et d'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 et sont invités à contacter l'OMS afin d'obtenir de plus amples informations cette plateforme, notamment les identifiants de connexion. Afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données COVID-19 anonymisées, les États Parties sont 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 les mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées pour protéger la sécurité des données COVID-19 anonymisées et de la plateforme. 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 seulement 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 avec le patient et du dossier médical du patient à l'hôpital. Ces données peuvent être recueillies rétrospectivement si le patient a été recruté après la date de son hospitalisation. 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 trois modules:

Le module 1 : doit être rempli le premier jour de l'admission dans la structure de santé.

Le module 2 : à renseigner quotidiennement pendant le séjour à l'hôpital autant de jours que les ressources le permettent. Continuez à suivre les patients transférés dans d'autres services.

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



1h. SOINS DE SUPPORT Le patient a-t-il reçu dans le 24 hrs suivant l'admission, l'un des soins suivants?

Admission en USI - Réanimation ou en Unité pour personnes hautement dépendantes ?

Oui Non Inconnu

Oxygénothérapie Oui Non Inconnu **Si oui**, renseigner toutes les informations demandées ci-dessous :

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

Source d'oxygène : Circuit Bouteille Concentrateur Inconnu

Interface : Sonde nasale Sonde nasale haut débit Masque Masque avec réservoir
 Masque CPAP/VNI Inconnu

Ventilation non invasive ? (p. ex. BIPAP/CPAP) Oui Non Inconnu

Ventilation invasive (quelconque) ? Oui Non Inconnu

Si oui, quelles étaient les valeurs suivantes les plus proches de 08 h 00 :

PEEP (cm H₂O)_____ ; FiO₂ (%)_____ ; Pression de plateau (cm H₂O)____ ; PaCO₂____ ; PaO₂ ____

Assistance extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu

Decubitus ventral ? Oui Non Inconnu

Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inconnu

1i. RESULTATS DE LABORATOIRE A L'ADMISSION (*unités d'enregistrements si différentes de celle répertorié)

Parametre	Valeur*	Unités		Parametre	Valeur*	Unités	
Hémoglobine		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> g/dL	Créatinine		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> µmol/L
Globule Blanc		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	Sodium		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
Hématocrite		<input type="checkbox"/> %		Potassium		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
Plaquettes		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	Procalcitonine		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
TCA/PTT		<input type="checkbox"/> secondes		CRP		<input type="checkbox"/> mg/L	
TP (secondes)		<input type="checkbox"/> secondes		LDH		<input type="checkbox"/> IU/L	
INR				Creatine kinase		<input type="checkbox"/> IU/L	<input type="checkbox"/> UKAT/L
ALAT/SGPT		<input type="checkbox"/> IU/L		Troponine		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
ASAT/SGOT		<input type="checkbox"/> IU/L		VS		<input type="checkbox"/> mm/heure	
Bilirubine Totale		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> µmol/L	D-dimères		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
Urée		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	Ferritine	<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
Lactate		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	IL-6		<input type="checkbox"/> pg/mL	

2d. TRAITEMENTS Le patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants au cours des dernières 24 heures ?

Liquides par voie orale/gastrique ? Oui Non Inconnu

Solutés 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 **Si oui, préciser :** _____

Antifongique ? Oui Non Inconnu

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

Traitement expérimental ? Oui Non Inconnu **Si oui, préciser :** _____

Traitement 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

Anticoagulants systémiques ? Oui Non Inconnu

2e. SOINS DE SUPPORT Le patient reçoit-il l'un des soins suivants au cours des dernières 24 heures ?

Admission en USI - Réanimation ou en Unité pour personnes hautement dépendantes (UPHD)?

Oui Non Inconnu

Date admission USI/UPHD : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] Inconnu

Date de sortie USI/UPHD : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] Pas encore déchargé
 Inconnu

Oxygénothérapie Oui Non Inconnu **Si oui, renseigner toutes les informations demandées ci-dessous :**

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

Source d'oxygène : Circuit Bouteille Concentrateur Inconnu

Interface : Sonde nasale Sonde nasale haut débit Masque Masque avec réservoir Masque CPAP/VNI
 Inconnu

Ventilation non invasive? (p. ex. BIPAP/CPAP) Oui Non Inconnu

Ventilation invasive (quelconque)? Oui Non Inconnu

Si oui, quelles étaient les valeurs suivantes les plus proches de 08 h 00 :

PEEP (cm H₂O) _____ ; FiO₂ (%) _____ ; Pression de plateau (cm H₂O) _____ ; PaCO₂ _____ ; PaO₂ _____

Assistance extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu

Decubitus ventral ? Oui Non Inconnu

Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inconnu

Traitement de suppléance rénale ou dialyse ? Oui Non Inconnu

3d. SOINS DE SOUTIEN : À UN moment au cours de l'hospitalisation, le patient a-t-il fait l'objet de :

Admission en USI ou en Unité pour personnes hautement dépendantes ? Oui Non Inconnu

Si oui, durée totale : ____jours

Date admission USI/UPHD : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] Inconnu

Date de sortie USI/UPHD : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] toujours dans USI/UPHD à l'issue

Inconnu

Oxygénothérapie ? Oui Non Inconnu

Si oui, durée totale: ____jours

Si oui, renseigner toutes les informations ci-dessous :

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

Source d'oxygène : Circuit Bouteille Concentrateur

Interface : Sonde nasale Sonde nasale haut débit Masque Masque avec réservoir Masque CPAP/VNI

Ventilation non invasive ? (ex. BIPAP/CPAP) Oui Non Inconnu **Si oui,** durée totale : ____jours

Ventilation invasive (quelconque)? Oui Non Inconnu **Si oui,** durée totale : ____jours

Assistance extracorporelle (ECMO) ? Oui Non Inconnu **Si oui,** durée totale : ____jours

Decubitus ventral ? Oui Non Inconnu **Si oui,** durée totale : ____jours

Inotropes/vasopresseurs ? Oui Non Inconnu **Si oui,** durée totale : ____jours

Traitement de suppléance rénale ou dialyse ? Oui Non Inconnu

3e. DEVENIR

Issue : Sortie vivant Hospitalisation Transfert vers un autre établissement Décès Soins palliatifs Inconnu

Date : [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] Inconnue

En cas de sortie vivante : Capacité à se prendre en charge à la sortie d'hôpital comparée avant la maladie

Même capacité qu'avant la maladie Moins bonne Meilleure Inconnu