WHO Global Clinical Platform for Monkeypox
Data for public health response

Plateforme de données cliniques mondiale

Orthopoxvirose simienne

CAHIER D'OBSERVATION

INTRODUCTION

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 ou au centre de soins en cas d'infection suspectée, probable ou confirmée par le virus de l'orthopoxvirose simienne. Les données peuvent être collectées de manière prospective ou rétroactive. La période de recueil des données est définie comme la période allant de l'admission à l'hôpital ou la première visite au centre de soins jusqu'à la sortie de l'hôpital ou du centre de soins, au transfert, au décès ou à la poursuite de l'hospitalisation du patient sans possibilité de poursuivre la collecte des données.

Ce cahier d'observation comporte trois modules :

Module 1 : À remplir le premier jour de la présentation ou de l'admission du patient dans le centre de santé (visite initiale).

Module 2 : À remplir quotidiennement pendant le séjour à l'hôpital (autant de jours que les ressources le permettent) ou lors des visites de suivi dans le centre de santé.

Module 3 : À remplir lors de la dernière visite, qu'il s'agisse de la sortie de l'hôpital, du transfert, de la dernière visite de suivi en ambulatoire ou du décès du patient.

Module grossesse : À remplir si la patiente est enceinte ou si sa grossesse a pris fin dans les 21 jours précédents.

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 remplissant le formulaire d'inscription pour l'orthopoxvirose simienne. Notre équipe de gestion des données vous contactera alors pour vous donner des instructions sur la saisie des données et vous attribuer un code de site à 5 chiffres.
Veuillez nous contacter à monkeypox_clinicaldataplatform@who.int pour toute information complémentaire.

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

MODULE 1. À remplir lors de l'admission à l'hôpital (dans les 24 heures) ou de la première visite en service ambulatoire

Nom de l'établissement/du centre de soins _____ **Pays**_____

Type de visite : ☐Ambulatoire ☐Service des urgences ☐Services d'hospitalisation ☐Autre site, préciser_____

Date de l'inscription dans la plateforme de données cliniques [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

1a. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Sexe à la naissance ☐Masculin ☐Féminin ☐Intersexe ☐Non précisé

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** OU [_][_] **jours**

Agent de santé ? ☐Oui☐Non ☐Inconnu **Employé de laboratoire ?** ☐Oui ☐Non☐Inconnu

Si oui : ☐Ne porte pas tous les EPI recommandés ☐Porte tous les EPI recommandés ☐Autre, préciser

Race/appartenance ethnique (cocher toutes les réponses applicables)

☐Asiatique ☐Africain/Noir ☐Caucasien/Blanc ☐Hispanique/Latino-Américain

☐Autre race ou appartenance ethnique ☐Inconnu

Enceinte ?* ☐Oui ☐Non ☐Inconnu ☐S.O. **Si oui : Évaluation de l'âge gestationnel** [___][_] semaines

Si non, la personne était-elle récemment enceinte, dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ?

☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui, renseigner aussi le module Grossesse.

Si non, la patiente était-elle enceinte au cours des 22-42 jours précédant l'admission ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antécédents de vaccination contre le tétanos ☐Oui☐Non ☐Inconnu

1b. Exposition et contacts sociaux

Lien connu avec un cas probable ou confirmé d'orthopoxvirose simienne dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ?

☐Oui ☐Non ☐Inconnu

*Si oui : nature du contact: _____

Activité sexuelle dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui, indiquer le sexe du ou des partenaires sexuels : ☐ Féminin ☐Masculin ☐Intersexe ☐Inconnu

Voyages internationaux dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui : liste des pays visités

_____

Contact avec une source animale potentielle dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ?

☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui, décrire :_____

_____

_____

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

1c. DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES ET SIGNES VITAUX *(visite initiale)*

Début des symptômes (date du premier symptôme apparu) [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Premier(s) symptôme(s) décrit(s) :

Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Proctite	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleurs musculaires	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Douleur à la déglutition	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Céphalées	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Difficulté à avaler	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Symptômes oculaires (douleur, rougeur, perte de vision)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Douleur à la miction	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fatigue/malaise	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Urétrite	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleur buccale	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Douleurs thoraciques	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Nausées	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Oligurie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Vomissements	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Vertiges	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Douleurs articulaires (arthralgie)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleur rectale	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Troubles psychologiques	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Lésions	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Autre _____	☐Oui	☐Non	☐Inconnu

Adénopathies : ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui,

Axillaires ☐Présentes ☐Présentes et sensibles

Cervicales ☐Présentes ☐Présentes et sensibles

Inguinales ☐Présentes ☐Présentes et sensibles

Autres ☐Présentes ☐Présentes et sensibles

Si autres, préciser : _____

Date d'admission ou de visite dans cet établissement :
[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Température [_][___],[_] ☐°C ☐°F **Fréquence cardiaque** [___][___][_]battements/min

Fréquence respiratoire [_][___]respirations/min **TA** [_] [_] [_](systolique) [___][_][_](diastolique) mm Hg

Déshydratation sévère ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Patient alerte **Répond à la stimulation verbale** **Réagit à la douleur** **Sans réaction** (entourer une réponse)

Taille [___] [___] [___]cm **Poids** [_][_][___]kg

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

1d. COMORBIDITÉS *(présentes au moment de la visite initiale)*							
Maladie cardiaque chronique (pas d'hypertension)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Diabète	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Hypertension	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Tabagisme actuel	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Pneumopathie chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Tuberculose (*active*)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Asthme	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Tuberculose (*antérieure*)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maladie rénale chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Asplénie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maladie hépatique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Néoplasme malin	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Trouble neurologique chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Si oui, traitement antinéoplasique actuel ?	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Trouble actuel lié à la consommation d'alcool	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Sous immunosuppresseurs Si oui, préciser _____	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Infection sexuellement transmissible actuelle connue ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu Si oui, préciser : ☐ N. gonorrhoeae ☐Syphilis ☐Virus herpès simplex ☐Chlamydia trachomatis ☐Autre_____				Immunodéficience ☐Oui ☐Non ☐Inconnu Si oui, préciser :_____			

VIH ☐Oui (sous TARV) ☐Oui (sans TARV) ☐Oui (statut TARV inconnu) ☐Non ☐Inconnu
Schéma thérapeutique du TARV_____
Dernier taux de CD4 mesuré : [__][__][__][__] Charge virale : _____ copies/ml

1e. Évaluation des lésions (visite initiale)

Nombre de lésions sur l'ensemble du corps qui n'ont PAS disparu (disparition = formation de croûtes, desquamation et formation d'une nouvelle couche de peau en dessous) :

☐0 ☐ 1–5 ☐ 6–25 ☐ 26–100 ☐ 101-250 ☐ >250

Nombre de lésions sur la jambe droite (jusqu'au pli inguinal, parties antérieure et postérieure de la jambe et du pied inclus) : [__][__][__][__]
Nombre de lésions sur le bras droit (main et épaule incluses) : [__][__][__][__]
Nombre de lésions sur la jambe gauche (jusqu'au pli inguinal, parties antérieure et postérieure de la jambe et du pied inclus) : [__][__][__][__]
Nombre de lésions sur le bras gauche (main et épaule incluses) : [__][__][__][__]
Nombre de lésions sur les organes génitaux (entre les plis inguinaux gauche et droit) : [__][__][__][__]
Nombre de lésions sur la muqueuse buccale [__][__][__][__]
Nombre de lésions dans la région périanale [__][__][__][__]

Le patient présente-t-il des lésions évolutives dans les zones suivantes ?

Visage	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Paume des mains	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Narines	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Bras	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Bouche	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Avant-bras	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Thorax	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Cuisses	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Abdomen	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Jambes	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Dos	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Plante des pieds	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Région périanale	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Autre	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Organes génitaux	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	Préciser l'emplacement :			

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

Types de lésions sur l'organisme :

Macule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pustule ombiliquée	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Papule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Lésion ulcéreuse	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Vésicule précoce	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Formation de croûte sur lésion mature	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Petite pustule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Croûte en cours de cicatrisation	☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Douleur au niveau d'un siège de lésion : ☐Oui ☐Non

Si oui, score de douleur (0-10 : 0 correspond à une absence de douleur, 10 à la pire douleur imaginable) : [___] [___]

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

1f. SIGNES ET SYMPTÔMES (premier contact)			
Maux de gorge	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Proctite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Douleurs musculaires (myalgie)	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Douleur à la déglutition	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Céphalées	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Difficulté à avaler	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Symptômes oculaires (douleur, rougeur, perte de vision)	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Douleur à la miction	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Fatigue/malaise	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Urétrite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Douleur buccale	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Douleurs thoraciques	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Nausées	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Oligurie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Vomissements	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Vertiges	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Diarrhée	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Douleurs articulaires (arthralgie)	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Douleur rectale	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Troubles psychologiques	☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Adénopathies : ☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Si oui,
Axillaires ☐Présentes ☐Présentes et sensibles
Cervicales ☐Présentes ☐Présentes et sensibles
Inguinales ☐Présentes ☐Présentes et sensibles
Autres ☐Présentes ☐Présentes et sensibles
Si autres, préciser : _____

1g. ANALYSES DE LABORATOIRE au moment de l'admission pour les patients hospitalisés ou lors de la visite initiale (en ambulatoire, les analyses de laboratoire sont effectuées à la discrétion du clinicien)

Analyse	**Valeurs**		**Analyse**	**Valeurs**	
ALAT (U/l)		☐ Non réalisé	Glucose (mg/dl)		☐ Non réalisé
ASAT (U/l)		☐ Non réalisé	Lactate (mmol/l)		☐ Non réalisé
Créatinine (µmol/l)		☐ Non réalisé	Hémoglobine (g/l)		☐ Non réalisé
Potassium (mEq/l)		☐ Non réalisé	Bilirubine totale (mg/dl)		☐ Non réalisé
Urée (mmol/l)		☐ Non réalisé	Numération leucocytaire ($x10^9$/l)		☐ Non réalisé
Créatine kinase (U/l)		☐ Non réalisé	Plaquettes ($x10^9$/l)		☐ Non réalisé
Calcium (mg/dl)		☐ Non réalisé	Temps de prothrombine (sec)		☐ Non réalisé
Sodium (mEq/l)		☐ Non réalisé	Temps de céphaline activé (TCA)		☐ Non réalisé
CRP (mg/dl)		☐ Non réalisé	Autre, préciser		

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

1h. Antécédents de vaccination contre la variole ou l'orthopoxvirose simienne

Antécédents de vaccination contre la variole avant 1980 ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Source de l'information : ☐Document (carnet de vaccination/passeport vaccinal/registre de l'établissement/autre)

☐Cicatrice visible ☐Indiqué de mémoire

Antécédents de vaccination contre la variole ou l'orthopoxvirose simienne au cours de l'année écoulée

☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui, nombre de doses reçues : ☐1 ☐ 2 ☐3 ☐Inconnu

Source de l'information : ☐Document (carnet de vaccination/passeport vaccinal/registre de l'établissement/autre)

☐Indiqué de mémoire

Dose 1, Date : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] préciser ☐Jynneos ☐IMVANEX ☐ Imvamune

☐ ACAM2000 ☐APSV : vaccin antivariolique Aventis Pasteur ☐LC16m8 ☐autre _____

Dose 2, Date : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] préciser ☐Jynneos ☐IMVANEX ☐ Imvamune

☐ ACAM2000 ☐APSV : vaccin antivariolique Aventis Pasteur ☐LC16m8 ☐autre _____

Dose 3, Date : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] préciser ☐Jynneos ☐IMVANEX ☐ Imvamune

☐ ACAM2000 ☐APSV : vaccin antivariolique Aventis Pasteur ☐LC16m8 ☐autre _____

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

MODULE 2. Suivi pendant le séjour à l'hôpital ou lors des visites de suivi – quotidiennement ou tous les 3-5 jours

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

Type de visite : ☐Ambulatoire ☐Service des urgences ☐Services d'hospitalisation ☐Autre site, préciser_____

2a. ÉVALUATION DES LÉSIONS (quotidienne) :

De nouvelles lésions sont-elles apparues au cours des dernières 24 heures ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre de lésions sur l'ensemble du corps qui n'ont PAS disparu (disparition = formation de croûtes et desquamation) :

☐0 ☐ 1–5 ☐ 6–25 ☐ 26–100 ☐ 101-250 ☐ >250

Nombre de lésions sur la jambe droite (jusqu'au pli inguinal, parties antérieure et postérieure de la jambe et du pied inclus) : [__][__][__][__]

Nombre de lésions sur le bras droit (main et épaule incluses) : [__][__][__][__]

Nombre de lésions sur la jambe gauche (jusqu'au pli inguinal, parties antérieure et postérieure de la jambe et du pied inclus) : [__][__][__][__]

Nombre de lésions sur le bras gauche (main et épaule incluses) : [__][__][__][__]

Nombre de lésions sur les organes génitaux (entre les plis inguinaux gauche et droit) : [__][__][__][__]

Nombre de lésions sur la muqueuse buccale [__][__][__][__]

Nombre de lésions dans la région périanale [__][__][__][__]

Le patient présente-t-il des lésions évolutives dans les régions suivantes ?

Visage	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Paume des mains	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Narines	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Bras	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Bouche	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Avant-bras	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Thorax	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Cuisses	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Abdomen	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Jambes	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Dos	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Plante des pieds	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Région périanale	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Autre	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Organes génitaux	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Préciser l'emplacement :	

Types de lésions sur l'organisme :

Macule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pustule ombiliquée	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Papule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Lésion ulcéreuse	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Vésicule précoce	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Formation de croûte sur lésion mature	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Petite pustule	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Croûte en cours de cicatrisation	☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Douleur au niveau d'un siège de lésion : ☐OUI ☐NON

Si oui, score de douleur (0-10 : 0 correspond à une absence de douleur, 10 à la pire douleur imaginable) : [___] [___]

2b. SIGNES VITAUX *(inscrire la valeur la plus anormale enregistrée entre 00h00 et 24h00 ou toute valeur enregistrée lors de la visite)*

Température [_][___],[_]°C °F **Fréquence cardiaque** [___][___][_]battements/min

Fréquence respiratoire [_][___]respirations/min **TA** [_] [_] [_](systolique) [___][_][_](diastolique) mm Hg

Patient alerte **Répond à la stimulation verbale** **Réagit à la douleur** **Sans réaction** (entourer une réponse)

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

MODULE 3. À remplir au moment de la sortie de l'hôpital, du décès du patient ou de la dernière visite de suivi

3a. TEST DE DIAGNOSTIC/DE DÉTECTION D'AGENTS PATHOGÈNES Veuillez recenser tous les tests de diagnostic réalisés à la recherche d'agents pathogènes (si plusieurs tests sont effectués le même jour, consigner chaque résultat sur une ligne séparée, ajouter un formulaire 3a supplémentaire si nécessaire)

Date	Type d'échantillon	Test réalisé	Résultat
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu
_J_ _J_ /_M_ _M_ /202 _A_	O Écouvillon nasal/NP O Écouvillon pharyngé O Association écouvillon nasal/NP + pharyngé O Expectorations O Lavage bronchoalvéolaire O Aspiration endotrachéale O Prélèvement de lésion/croûte O Urine O Selles/écouvillon rectal O Sang O Autre, préciser : _____	O PCR de l'orthopoxvirus simien O PCR des orthopoxvirus O Culture de l'orthopoxvirus simien O Séquençage/génotypage O Culture bactérienne Autre_____	O Positif, résultat : _____ O Négatif O Inconnu

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

3b. COMPLICATIONS À un moment quelconque, le patient a-t-il présenté :			
État de choc	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Bactériémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Crise convulsive	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Saignements	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Méningite/encéphalite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	AVC ischémique	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Anémie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Myocardite/péricardite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arythmie cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Lésion rénale aiguë	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Arrêt cardiaque	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Pancréatite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Pneumonie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Dysfonctionnement hépatique	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Cellulite	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Myocardiopathie	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Rétention urinaire Si oui, préciser	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Infection nécrosante	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Infection oculaire	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Abcès	☐Oui ☐Non ☐Inconnu	Autre : _____	☐Oui ☐Non ☐Inconnu

3c. ANALYSES DE LABORATOIRE (si réalisées lors d'une visite ou au moment de l'hospitalisation, consigner la valeur la plus anormale)					
Analyse	**Valeurs**		**Analyse**	**Valeurs**	
ALAT (U/l)		☐ Non réalisé	Glucose (mg/dl)		☐ Non réalisé
ASAT (U/l)		☐ Non réalisé	Lactate (mmol/l)		☐ Non réalisé
Créatinine (µmol/l)		☐ Non réalisé	Hémoglobine (g/l)		☐ Non réalisé
Potassium (mEq/l)		☐ Non réalisé	Bilirubine totale (mg/dl)		☐ Non réalisé
Urée (mmol/l)		☐ Non réalisé	Numération leucocytaire ($x10^9$/l)		☐ Non réalisé
Créatine kinase (U/l)		☐ Non réalisé	Plaquettes ($x10^9$/l)		☐ Non réalisé
Calcium (mg/dl)		☐ Non réalisé	Temps de prothrombine (sec)		☐ Non réalisé
Sodium (mEq/l)		☐ Non réalisé	Temps de céphaline activé (TCA)		☐ Non réalisé
CRP (mg/dl)		☐ Non réalisé	Autre, préciser		

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

3d. TRAITEMENTS À un moment quelconque, l'un des traitements suivants a-t-il été administré ?

Liquides par voie orale/gastrique ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Solutés par voie intraveineuse ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Antiviral expérimental contre l'orthopoxvirus ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

☐**Tecovirimat :** Date de la première administration : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Dose : _____ Fréquence : _____ Voie d'administration :_____ Durée : _____ en jours ____

☐**Brincidofovir :** Date de la première administration : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Dose : _____ Fréquence : _____ Voie d'administration :_____ Durée : _____ en jours ____

☐**Cidofovir :** Date de la première administration : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Dose : _____ Fréquence : _____ Voie d'administration :_____ Durée : _____ en jours ____

Autre agent expérimental **:** Date de la première administration :[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Dose : _____ Fréquence : _____ Voie d'administration :_____ Durée : _____ en jours ____

Si oui, préciser : _____

Antibactérien : ☐ Oui ☐ Non ☐Inconnu. Si oui, préciser :	Date de la première administration :	Fréquence	Voie d'administration	Durée en jours__
Amoxicilline-acide clavulanique	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV	
Ceftriaxone	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV ☐IM	
Doxycycline	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV	
Autre : _____	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV ☐IM	
Autre : _____	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV ☐IM	
Antifongique : ☐ Oui ☐ Non ☐Inconnu. Si oui, préciser :	Date de la première administration :	Fréquence	Voie d'administration	Durée en jours___
Fluconazole	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV	
Autre : _____	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]		☐PO ☐IV ☐IM	

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

3e. SOINS DE SOUTIEN Pour les patients hospitalisés, à un moment quelconque 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 d'admission en USI [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐S.O.

Date de sortie de l'USI [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐Toujours en USI au moment de l'issue ☐S.O.

Oxygénothérapie ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Si oui, renseigner toutes les informations demandées : Durée totale : _____jours

Débit d'oxygène : ☐1-5 l/min ☐6-10 l/min ☐11-15 l/min ☐ >15 l/min

Interface : ☐Lunettes nasales ☐Sonde nasale haut débit ☐Masque ☐Masque avec réservoir ☐Masque PPC/VNI

Ventilation non invasive ? (p. ex., BiPAP, PPC) ☐Oui ☐Non ☐Inconnu **Si oui,** durée totale : ___jours

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

Oxygénation extracorporelle (ECMO) ? ☐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

3f. ISSUE

Date de l'issue : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ☐Inconnu

Patient hospitalisé à un moment quelconque ? Si oui, durée de l'hospitalisation ____ jours

Issue : Choisir une réponse ☐Sorti vivant de l'hôpital/centre de soins ☐Hospitalisé ☐Transféré vers un autre établissement ☐Décédé ☐ Transféré en soins palliatifs ☐Inconnu

En cas de sortie vivante :

Capacité d'auto-prise en charge à la sortie d'hôpital par rapport à avant la maladie :

☐Même capacité qu'avant la maladie ☐Moins bonne ☐Meilleure ☐Inconnu

Les lésions ont-elles disparu ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu.

Si oui, date de disparition [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_], ☐ Inconnu

Si non, <u>nombre de lésions sur l'ensemble du corps qui n'ont PAS disparu (disparition = formation de croûtes, desquamation et formation d'une nouvelle couche de peau en dessous)</u> :

☐ 0 ☐ 1–5 ☐ 6–25 ☐ 26–100 ☐ >100

Donner la liste des symptômes résiduels :

_____

_____

_____

_____

_____

3g. CRITÈRES CLINIQUES D'INCLUSION, évaluation finale

Cas suspect ☐Oui ☐Non

Cas probable ☐Oui ☐Non

Cas confirmé ☐Oui ☐Non

** Voir les définitions à l'adresse :*
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

ADDENDUM — MODULE GROSSESSE

À remplir pour les femmes :

- **actuellement enceintes ou**
- **dont la grossesse a pris fin récemment (21 jours maximum depuis l'issue de la grossesse)**

À remplir dans les 24 heures suivant l'admission dans un hôpital ou un service ambulatoire

P-1a. STATUT GESTATIONNEL À L'ADMISSION

Grossesse, pas de travail ☐

Grossesse, travail en cours ☐

Postpartum (jours) ☐ [jours] Allaitement maternel ?☐Oui ☐Non

Post-avortement/fausse couche ☐

Nombre de fœtus ☐Un seul ☐Deux ☐Trois ☐Autre [nombre] ☐Inconnu

S'agit-il d'une grossesse consécutive à une FIV ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

P-1b. AVORTEMENT OU FAUSSE COUCHE *(avant l'admission)*

Date de l'avortement provoqué ou de l'avortement spontané/l'avortement manqué/la fausse couche ?

[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

La patiente présentait-elle déjà à ce moment des symptômes d'orthopoxvirose simienne ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

P-1c. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Nombre de grossesses antérieures au-delà de 22 semaines de gestation [nombre]

Nombre d'accouchements antérieurs par voie basse [nombre]

Nombre d'accouchements antérieurs par césarienne [nombre]

P-1d. Cocher toutes les cases qui s'appliquent aux accouchements précédents :

Naissance prématurée (<37 semaines de gestation)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Anomalie congénitale	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Mortinaissance	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Décès néonatal (≤7 jours)	☐Oui [_jour_]	☐Non	☐Inconnu
Poids <2500 g	☐		
Poids > 4500g	☐		

P-1e. ALCOOL, DROGUES — FACTEURS DE RISQUE PENDANT CETTE GROSSESSE

Consommation d'alcool	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Consommation de drogues illicites/récréatives	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Tabagisme	☐Oui	☐Non	☐Inconnu

P-1f. MÉDICAMENTS PRIS PENDANT CETTE GROSSESSE *(avant le début de la maladie actuelle)*

Antipyrétique ou antalgique	**Paracétamol**	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	AINS		☐Oui	☐Non ☐Inconnu
	Autres (préciser) :			
Anticonvulsivants	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	**Si oui, préciser le nom générique :** _____
Antiémétique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	**Si oui, préciser le nom générique :** _____
Vitamines et micronutriments prénatals	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	**Si oui, préciser le nom générique :** _____
Antiviraux	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	**Si oui, préciser le nom générique :** _____
Antibiotiques	☐Oui	☐Non	☐Inconnu	**Si oui, préciser le nom générique :** _____

P-1g. FRÉQUENCE CARDIAQUE FŒTALE *(premières données disponibles lors de la présentation/l'admission)*

Fréquence cardiaque fœtale	**(FCF) :** [_ _][_ _][_ _] battements/min

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

À remplir lors de la sortie de l'hôpital/du décès ou de l'accouchement

P-2a. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT, DE LA GROSSESSE ET MATERNELLES	
Accouchement lors de l'hospitalisation	☐Oui ☐Non
Date de l'accouchement	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
Modalités de l'accouchement	☐ **Par voie basse** ☐ **Par césarienne** Raison de la césarienne : ☐ Travail prolongé ☐ Mauvaise position ☐ Détresse fœtale ☐ Anomalies congénitales ☐ Césarienne itérative ☐ Maladie chronique ☐ Procidence du cordon ☐ Disproportion fœto-pelvienne ☐ Inconnue ☐ Lésions génitales
Début du travail	☐ Spontané ☐ Césarienne avant le travail ☐ Déclenché ☐ Inconnu
Présentation de l'enfant lors de l'accouchement	☐ Céphalique ☐ Transverse ☐ Par le siège
Liquide amniotique à l'accouchement	☐ Clair ☐ Teinté de méconium ☐ Inconnu

P-2b. ISSUE DE LA GROSSESSE AUTRE QUE NAISSANCE VIVANTE À LA SORTIE DE L'HÔPITAL	
Issue de la grossesse	☐Pas d'accouchement/grossesse en cours ☐Avortement spontané* ☐Avortement provoqué* ☐Avortement manqué* ☐Mortinaissance macérée* ☐Mortinaissance fraîche* ☐Post-avortement/postpartum à l'admission* *Date de l'issue de la grossesse : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
Décès maternel	☐Oui ☐Non **Si oui, quelle était la cause du décès ?** ☐Issue de l'avortement ☐Troubles hypertensifs pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité ☐Hémorragie obstétricale ☐Infection liée à la grossesse ☐Autre complication obstétricale non mentionnée ci-dessus ☐Complications imprévues de la prise en charge (p. ex. complications liées à l'anesthésie) ☐Décès maternel indirect ☐Décès de cause obstétricale non précisée ☐Décès de cause fortuite (p. ex. un accident de voiture)

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

P-2c. COMPLICATIONS				
Complications pendant la grossesse	Diabète gestationnel	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Hypertension gestationnelle	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Anémie (Hb<11 g/dl)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Infections obstétricales	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Retard de croissance intra-utérin	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Saignements	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Prééclampsie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Éclampsie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu

Complications aiguës ou tardives de la grossesse	Placenta prævia/accreta/percreta	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Prééclampsie/éclampsie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Décollement placentaire	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Contractions prématurées	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Travail prématuré	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Rupture prématurée des membranes	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Septicémie puerpérale ou infection sévère	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	IST non traitées (herpès, syphilis, chlamydiose, gonorrhée)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Hémorragie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Type d'hémorragie, le cas échéant : ☐ Antepartum/perpartum ☐ Postpartum ☐ Liée à un avortement			
	Maladie embolique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
	Complication liée à l'anesthésie	☐Oui	☐Non	☐Inconnu

P-3d. TRAITEMENT Pendant l'hospitalisation ou les soins ambulatoires, la patiente a-t-elle fait l'objet de :			
Tocolyse	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Déclenchement du travail	☐Oui	☐Non	☐Inconnu

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

P-3e. PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS pour le test de diagnostic de l'orthopoxvirose simienne				
Des prélèvements ont-ils été effectués ? ☐Oui ☐Non ☐Inconnu Si oui, décrire les tests et les résultats	☐Liquide amniotique	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Placenta	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Sang ombilical	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Écouvillon vaginal	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Selles/écouvillon rectal	[_description du test__] ☐PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Tissu de la grossesse en cas de décès du fœtus/ d'avortement provoqué	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé
	☐Lait maternel	[_description du test__] ☐ PCR ☐ Autre [préciser]	[_date du prélèvement__] [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	[_____résultat_____] ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

P-3f. ISSUE NÉONATALE	
Date de naissance [JJ/MM/AAAA] **Heure de naissance** [p. ex. 14:21]	[_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] [____:____]
ID participant de la mère :	[___][___][___][___][___]-- [___][___][___][___] – [__ID nourrisson à un chiffre_] **Remplir un formulaire par nouveau-né**
Dépistage de l'orthopoxvirose simienne en laboratoire chez le nouveau-né	☐Réalisé ☐Non réalisé ☐Inconnu Si oui : [_échantillon prélevé__] [_description du test__][_date du prélèvement__] [_____résultat_____]
Score d'Apgar à 5 minutes	Score : [___][___]
Poids de naissance	Grammes : [___][___][___][___]
Syndrome de détresse respiratoire	☐Oui ☐Non ☐Inconnu
Admission en UNSI	☐Oui ☐Non ☐Inconnu

Issue néonatale	☐Sorti de l'hôpital en bonne santé ☐Sorti de l'hôpital avec complications/séquelles Préciser : [_____] ☐Orientation clinique vers un service hospitalier spécialisé/autre hôpital Préciser : [_____] ☐Décès Date du décès : [_J_][_J_]/[_M_][_M_]/[_A_][_A_] ☐Inconnu

En cas de décès du nouveau-né, cause principale du décès	☐Prématurité/faible poids de naissance ☐Asphyxie à la naissance ☐Infection ☐Traumatisme à la naissance ☐Malformations/anomalies congénitales ☐Autre ☐Inconnu
Anomalies congénitales	☐Malformations du tube neural ☐Microcéphalie ☐Malformations congénitales de l'oreille ☐Malformations congénitales du cœur ☐Malformations congénitales du système digestif ☐Fentes orofaciales ☐Malformations congénitales des organes génitaux ☐Malformations de la paroi abdominale ☐Anomalies chromosomiques ☐Talipes equinovarus/pied-bot ☐Réductions des membres supérieurs et inférieurs

© Organisation mondiale de la Santé 2022. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-SA 3.0 IGO . Cette publication est adaptée du document COVID-19 Cahier d'observation publié par ISARIC pour le compte d'Oxford University. WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3