

Formulaire de rapportage - patients hospitalisés avec une infection confirmée par le coronavirus COVID-19
VOLET ADMISSION

**Ce formulaire est rempli ONLINE pour tout patient COVID-19 confirmé hospitalisé,
à l'admission du patient.**
<http://surveys.sciensano.be/index.php/523543?lang=fr>

Sciensano (Institut belge de santé publique) a une mission statutaire de recherche dans le domaine de la santé publique. Dans ce cadre, Sciensano collecte et traite des données personnelles des patients hospitalisés ayant une infection COVID-19 confirmée. Les questionnaires remplis seront traités par des chercheurs autorisés de Sciensano dans le but d'identifier les facteurs de risque des patients présentant des complications sévères suite à l'infection par le COVID-19 et d'étudier leur évolution clinique, et ainsi contribuer à la lutte contre l'épidémie .

Section 1 : Informations du patient

Hôpital _____
Numéro de dossier hospitalier du patient _____
Date de naissance: (jour/mois/année): __/__/____
Genre: Homme Femme Autre Inconnu
Code postal (en Belgique) : _____
Pays de résidence habituel du patient: _____

Exposition :

- Voyage dans une région à risque. Si oui, laquelle ? _____
- Contact avec un patient confirmé COVID-19 Contact avec un patient probable COVID-19
- Patient est un professionnel de santé
- Patient résident dans une maison de repos
- Suspicion d'infection nosocomiale
- Autre
- Pas d'exposition identifiée
- Inconnu

Section 2 : Données cliniques à l'admission

Date d'apparition des symptômes (jour/mois/année): __/__/____ Asymptomatique Inconnu

Date d'admission à l'hôpital (jour/mois/année): __/__/____

Motif d'hospitalisation :

- Etat clinique Personne à risque pour COVID-19 Entourage à risque pour COVID-19
 - Isolement à domicile impossible Autre Transfert d'un autre hôpital.
- Si transfert, de quel hôpital ? _____

Symptômes à l'admission (cocher tous les symptômes rapportés par le patient)

- Fièvre / frissons Essoufflement Douleur (indiquez localisation):
- Faiblesse généralisée Diarrhée () Musculaire () Poitrine
- Toux Nausée/vomissement () Abdominale () Articulation
- Maux de gorge Mal de tête
- Écoulement nasal Irritabilité / confusion mentale
- Autre, précisez _____

Signes à l'admission

Température: __ __ __ °C

- Cochez tous les signes observés :

- Exsudat pharyngé Coma

- Injection conjonctivale
- Convulsions
- Résultats anormaux de radiographie pulmonaire
- Autres signes, précisez : _____
- Dyspnée / tachypnée
- Auscultation pulmonaire anormale

Conditions médicales sous-jacentes, comorbidités et facteurs de risque (cocher tous ceux applicables):

- Grossesse (trimestre: _____)
- Maladie cardiovasculaire
- Diabète
- Maladie chronique du foie
- Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique, excepté les troubles cognitifs
- Trouble cognitif
- Cancer solide
- Prématurité
- Fumeur actuel
- Post-partum (<6 semaines)
- Hypertension artérielle
- Maladie rénale chronique
- Maladie chronique des poumons
- Immunodépression, incluant VIH
- Cancer hématologique
- Autre maladie, à spécifier : _____

Le patient est-il sous traitement par :

- IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) Non Oui Inconnu
 SARTAN Non Oui Inconnu

Vaccination anti-grippale 2019-2020 :

- Patient vacciné ? Non Oui Inconnu

Section 3: Informations de laboratoire liées au COVID-19

Nom du laboratoire qui a effectué le test: _____

Date de prélèvement: (jour/mois/année): __/__/____

Type de prélèvement : écouvillon nasopharyngé aspiration nasopharyngée LBA Autre

Date de confirmation par le laboratoire: (jour/mois/année): __/__/____

Section 4 : Personne ayant complété le formulaire

Nom : _____

Téléphone _____

Email : _____

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire !

Vos données personnelle seront utilisées uniquement pour vous contacter en cas de questions et pour vous communiquer le lien vers le questionnaire de sortie pour ce patient