

**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*