

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

Ce formulaire doit être rempli ONLINE pour tout patient COVID-19 confirmé hospitalisé, après la sortie du patient.
<http://surveys.sciensano.be/index.php/213436?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
Code postal (en Belgique) : _____
Pays de résidence habituel du patient: _____

Section 2: Critères de sévérité

Pneumonie sur Rx : Non Oui Inconnu
Si oui, localisation de la pneumonie : bilatéral unilatéral Inconnue
ARDS : Non Oui Inconnu
Transfert en soins intensifs (USI) ? Non Oui Inconnu
- Date de transfert à l'USI : (jour/mois/année): __/__/____
- Score quickSOFA¹ à admission USI (version simplifiée du score SOFA)

Evaluation clinique	Oui	Non
Hypotension artérielle (PA ≤100 mmHg)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Fréquence respiratoire élevée (≥ 22 respirations/min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Altération de conscience (GCS ≤ 14)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

- Durée du séjour en USI : ____ jours
Assistance respiratoire invasive Non Oui Inconnu
Oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO) ? Non Oui Inconnu
Surinfection bactérienne et/ou fungus : Non Oui Inconnu

Section 3 : Données biologiques

	A l'admission à l'hôpital		A l'admission aux soins intensifs	
PaO ₂	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NF	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NF
PCO ₂	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NF	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NF
pH	_____	<input type="checkbox"/> NF	_____	<input type="checkbox"/> NF
Lactate	_____ mmol/L	<input type="checkbox"/> NF	_____ mmol/L	<input type="checkbox"/> NF
Creatinine	_____ µmol/L	<input type="checkbox"/> NF	_____ µmol/L	<input type="checkbox"/> NF
Taux de lymphocytes	_____ /mm ³	<input type="checkbox"/> NF	_____ /mm ³	<input type="checkbox"/> NF
LDH	_____ U/L	<input type="checkbox"/> NF	_____ U/L	<input type="checkbox"/> NF
CRP	_____ mg/L	<input type="checkbox"/> NF	_____ mg/L	<input type="checkbox"/> NF

NF=Non Fait

Section 4 : Traitement

Traitement spécifique pour Covid-19 reçu par le patient (antiviraux, par exemple hydroxychloroquine, kaletra, remdesivir, ...):
Nom du médicament 1: _____
Date d'initiation médicament 1 : (jour/mois/année): __/__/____

Date d'arrêt médicament 1* : (jour/mois/année): __/__/__

Mode d'administration médicament 1 : Per os IV Autre Inconnu

Nom du médicament 2: _____

Date d'initiation médicament 2 : (jour/mois/année): __/__/__

Date d'arrêt médicament 2* : (jour/mois/année): __/__/__

Mode d'administration médicament 2: Per os IV Autre Inconnu

Nom du médicament 3: _____

Date d'initiation médicament 3 : (jour/mois/année): __/__/__

Date d'arrêt médicament 3 : (jour/mois/année): __/__/__

Mode d'administration médicament 3* : Per os IV Autre Inconnu

* Si le traitement n'est pas terminé au moment de sortie de l'hôpital, indiquez la date prévue de fin de traitement

Section 5 : Etat de santé à la sortie

Etat de santé au moment de la sortie: Rétabli Décédé Inconnu Transfert

Autre, précisez : _____ Si transfert, vers quel hôpital ? _____

Date de sortie de l'hôpital, transfert ou décès : (jour/mois/année): __/__/__

Date du dernier test COVID-19 avant la sortie, si réalisé : __/__/__

Résultat du dernier test : positif négatif Inconnu

Section 6 : Personne ayant complété le formulaire

Nom : _____

Téléphone _____

Email : _____

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Vos données personnelles seront utilisées uniquement pour vous recontacter en vue d'une future étude de mortalité chez les patients infectés par le COVID-19