

Formulier voor bevestigde gehospitaliseerde patiënten met het coronavirus COVID-19

DEEL : ONTSLAG

Dit formulier dient ONLINE ingevuld te worden ingevuld voor elke bevestigde gehospitaliseerde patiënt met COVID-19 - na ontslag van de patiënt.

<https://surveys.sciensano.be/index.php/213436>

Sciensano (Belgisch instituut voor volksgezondheid) heeft een wettelijk vastgelegde onderzoeksopdracht in het kader van de volksgezondheid. Als onderdeel daarvan zal Sciensano als verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verzamelen en verwerken van gehospitaliseerde patiënten met een bevestigde COVID-19 infectie. De ingevulde vragenlijsten zullen vervolgens door bevoegde onderzoekers van Sciensano verwerkt worden met als doelstelling het identificeren van risicofactoren van patiënten die ernstige complicaties vertonen ten gevolge van een infectie met COVID-19, en het bestuderen van hun klinische evolutie, en zo bijdragen aan de strijd tegen de epidemie.

Sectie 1 : Informatie van de patiënt

Ziekenhuis _____

Ziekenhuisdossiënummer van de patiënt _____

Geboortedatum: (dd/mm/jj): ___/___/___

Geslacht: Man Vrouw Andere Onbekend

Postcode (in België) : _____

Land van gewoonlijke woonplaats van de patiënt: _____

Sectie 2: Criteria wat betreft de ernst

Pneumonie op Rx : Nee Ja Onbekend

Indien ja, lokalisatie van de pneumonie : Bilateraal Unilateraal Onbekend

ARDS : Nee Ja Onbekend

Overdracht naar Intensieve Zorgen (IC) ? Nee Ja Onbekend

- Datum van overdracht naar IC : (dd/mm/jj): ___/___/___

- QuickSOFA score bij opname op IC (gesimplificeerde versie van de SOFA score)

Klinische evaluatie	Ja	Nee
Arteriële hypertensie (PA \leq 100 mmHg)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Versnelde ademhaling (\geq 22 ademhalingen/min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Bewustzijnsstoornis (GCS \leq 14)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

- Verblifsduur op IC : _____ dagen

Invasieve respiratoire ondersteuning Nee Ja Onbekend

Extra-corporale membraan zuurstofvoorziening (ECMO) ? Nee Ja Onbekend

Bacteriële superinfectie en/of schimmel : Nee Ja Onbekend

Sectie 3 : Biologische gegevens

	Bij ziekenhuisopname		Bij opname op IC	
PaO ₂	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NG	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NG
PCO ₂	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NG	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/> NG
pH	_____	<input type="checkbox"/> NG	_____	<input type="checkbox"/> NG
Lactaat	_____ mmol/L	<input type="checkbox"/> NG	_____ mmol/L	<input type="checkbox"/> NG
Creatinine	_____ μ mol/L	<input type="checkbox"/> NG	_____ μ mol/L	<input type="checkbox"/> NG
Aantal lymfocyten	_____ /mm ³	<input type="checkbox"/> NG	_____ /mm ³	<input type="checkbox"/> NG
LDH	_____ U/L	<input type="checkbox"/> NG	_____ U/L	<input type="checkbox"/> NG
CRP	_____ mg/L	<input type="checkbox"/> NG	_____ mg/L	<input type="checkbox"/> NG

NG=Niet Gedaan

Sectie 4: Behandeling

Specifieke behandeling voor Covid-19 gekregen door de patiënt (antivirale middelen, bijvoorbeeld hydroxychloroquin, kaletra, remdesivir, ...):

Naam van medicament 1: _____

Datum start medicament 1 : (dd/mm/jj): __/__/__

Datum stop medicament 1 * : (dd/mm/jj): __/__/__

Toedieningswijze medicament 1 : Per os IV Andere Onbekend

Naam van medicament 2: _____

Datum start medicament 2 : (dd/mm/jj): __/__/__

Datum stop medicament 2 * : (dd/mm/jj): __/__/__

Toedieningswijze medicament 2 : Per os IV Andere Onbekend

Naam van medicament 3: _____

Datum start medicament 3 : (dd/mm/jj): __/__/__

Datum stop medicament 3 * : (dd/mm/jj): __/__/__

Toedieningswijze medicament 3 : Per os IV Andere Onbekend

* Indien de behandeling op het moment van het ontslag niet voltooid is, geef dan de verwachte datum van voltooiing van de behandeling aan

Sectie 5: Gezondheidstoestand bij ontslag

Datum van ontslag uit het ziekenhuis, het overbrengen of overlijden : (dd/mm/jj): __/__/__

Gezondheidstoestand bij ontslag uit het ziekenhuis: Hersteld Overleden Overgebracht

Onbekend Andere, specificeer : _____ Indien overgebracht, naar welk ziekenhuis? _____

Datum van ontslag uit het ziekenhuis, het overbrengen of overlijden : (dd/mm/jj): __/__/__

Datum laatste COVID-19 test voor ontslag, indien gedaan: __/__/__

Resultaat van de laatste test : Positief Negatief Onbekend

Sectie 6 : Persoon die het formulier heeft ingevuld

Naam : _____

Telefoon _____

Email : _____

We danken u voor uw medewerking!

We zullen uw persoonlijke gegevens enkel gebruiken om u mogelijks te contacteren in het kader van een toekomstige mortaliteitsstudie bij patiënten geïnfecteerd met COVID-19.