***À PROPOS DU CAHIER D’OBSERVATION (CRF)***

*Le CRF est divisé en 4 formulaires :*

*1) un formulaire "ABRÉGÉ" (page 1) qui recueille des données restreintes de l'admission du patient à sa sortie ;*

*2) un formulaire “DE BASE”(pages 2-6) qui collige des informations et des résultats plus détaillées ;*

*3) un formulaire “QUOTIDIENR” (page 7) recueillant les résultats des examens complémentaires ainsi que les traitements administrés ;*

*4) une série de formulaires dénommés “COMPLEMENTAIRES” (pages 8-13) destinés à recueillir des informations additionnelles. Ces formulaires seront utilisés selon la disponibilité, les ressources et les centres d’intérêt de chaque centre investigateur.*

***COMMENT UTILISER LE CRF***

*Chaque centre choisit le volume de données qu’il souhaite recueillir selon ses propres ressources et le nombre de patients qu’il souhaite inclure. Dans l’idéal, au moment où une épidémie se déclenche, les données des patients seront recueillies au moyen de formulaires du Niveau 2 (décrits ci-dessous). Le choix du formulaire appartient aux investigateurs et peut être modifié pendant la période d’étude.*

***Niveau 0****:* ***seul le CRF ABRÉGÉ doit être rempli*** *– Il est destiné aux centres disposant de ressources minimes ou, pendant une période d’épidémie, aux centres qui ont déjà inclus au Niveau 1 ou 2 un nombre important de patients.*

***Niveau 1******: le CRF DE BASE ainsi que le CRF QUOTIDIENS doivent être remplis le jour d’admission du patient*** *– Le Niveau 1 concerne les centres dont les moyens de collecte sont conséquents mais inférieurs à ceux du Niveau 2.*

***Niveau 2******: le CRF DE BASE et le CRF QUOTIDIEN doivent être remplis les 2 premiers jours du séjour à l’hôpital ainsi que les 2 premiers jours en réanimation*** *– Le Niveau 2 concerne les centres disposant de ressources élevées.*

***Niveau 3 : des formulaires dits « SUPPLEMENTAIRES », facultatifs (ex. critères d’inclusions spécifiques, épidémiologie…), peuvent être complétés suivant les intérêts du centre dans un domaine particulier.*** *Si vous souhaitez avoir accès à des CRF supplémentaires ou si vous souhaitez ajouter un nouveau module dans ces questionnaires, merci de nous contacter à l'adresse électronique ci-dessous.*

***REMARQUES GÉNÉRALES***

* Le CRF est conçu pour recueillir des données issues des dossiers médicaux des patients. Ces données peuvent être recueillies rétrospectivement, si le patient est inclus dans l’étude après sa date d'admission à l’hôpital.
* Le numéro d’identification du patient est composé d’un code « réseau » à 3 chiffres, un code « centre » à 3 chiffres et un code « patient » à 4 chiffres. Vous obtiendrez le code réseau et le code site via le système de gestion des données sur le site [www.cliresdms.org](http://www.cliresdms.org) après avoir pris contact avec data@iddo.org. Les codes « patient » propres à chaque site sont attribués de manière séquentielle en commençant par 0001. Si un centre donné recrute des patients provenant de différents services hospitaliers, ou s’il est difficile d'attribuer des numéros séquentiels, il est possible d'attribuer les numéros en blocs ou d’incorporer des caractères alphabétiques. Par exemple, les patients provenant du service X seront identifiés par des codes à partir de 0001 ou de A001 et les patients provenant du service Y seront identifiés par des codes à partir de 5001 ou de B001. Inscrivez le numéro d'identification du patient en haut de chaque page du CRF.
* Les données peuvent être saisies, soit dans la base de données centrale sur le site [www.cliresdms.org](http://www.cliresdms.org), soit dans la base de données de votre propre site ou réseau si elle l’autorise.
* En cas de transfert d’un patient d’un site vers un autre, il est préférable de garder son même numéro d'identification. Si cela s’avère impossible, indiquez son nouveau numéro dans les cases prévues à cet effet.
* Chaque ligne de chaque section du formulaire doit être complétée, sauf celles où il est indiqué que l’on doit passer directement à la section suivante.
* Les questions indiquées par des cases (☐) ne demandent qu’une seule réponse. Celles indiquées par des cercles (**O**) sont à choix multiples (cochez toutes les cases qui s’appliquent).
* Indiquez « N/A » lorsque les données ne sont pas disponibles, sont non applicables ou inconnues. Quant aux résultats de laboratoire, indiquez « N/A » aussi lorsqu’ils ne sont pas disponibles, non applicables ou inconnus.
* Évitez d’insérer des données en dehors des cases indiquées. Les informations complémentaires peuvent être inscrites dans des sections prévues à cet effet.
* Nous vous prions d’écrire lisiblement en lettres MAJUSCULES.
* Indiquez votre réponse dans la case par un X. Pour la modifier, rayez la case (-------) et indiquez la réponse au-dessus avec vos initiales et la date à laquelle vous avez réalisé la modification.
* Agrafez ensemble ou conservez dans un dossier unique tous les CRF d’un patient.
* Nous sommes joignables à data@iddo.org pour toute question concernant les bases de données et pour tous commentaires sur l’utilisation des formulaires.

*Ceci est le* ***CRF ABRÉGÉ****.Il ne doit être utilisé que pour la collecte de données de* ***Niveau 0****. Complétez les sections 1-3 à l'admission du patient. Complétez la section 4 à l'admission en réanimation (le cas échéant). Complétez les sections 5 et 6 après la sortie, le décès ou le transfert du patient. Saisissez les données dans la base accessible sur le site* [*www.cliresdms.org*](http://www.cliresdms.org)

**1. SITE**

|  |
| --- |
| **Nom du centre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pays**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date d’inclusion:** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] |
| **2. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES** |
| **Genre :**  **☐** Homme **☐** Femme **Date de naissance *:*** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]  **Si la date de naissance est inconnue : âge approximatif** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]ans OU [\_\_\_][\_\_\_]mois**Grossesse ☐**OUI **☐**NON **☐**Inconnue **☐**N/A **Si OUI :** **évaluation du terme :** [\_\_\_][\_\_\_] sem. |
|  |

**3. PREMIER SYMPTÔME ET ADMISSION**

|  |
| --- |
| **Date de survenue du premier symptôme :**[\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_]**Date d’admission dans cet établissement :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_]  |

**4. ADMISSION EN REANIMATION (OU USC)**

|  |
| --- |
| **Admission en réanimation (ou USC) ☐** OUI *(complétez cette section)* **☐**NON *(passez à la section suivante)***Première date d’admission en réanimation :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **Indiquez la pire valeur obtenue dans les premières 24 heures suivant l’admission en réanimation :** **Ventilation mécanique** ☐ OUI ☐ NON ☐ N/A **FiO2** *(0.21-1.0)* [\_\_\_]**.**[\_\_\_][\_\_\_] ou **débit d’O2** [\_\_\_][\_\_\_]L/min  **SaO2** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]% **PaO2**[\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]🞎kPa *ou* 🞎mmHg  **Numération plaquettaire :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]x10 9/L **Pression artérielle moyenne :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mmHg **Échelle de coma de Glasgow** *(***GCS***)* : [\_\_\_][\_\_\_]*/15* **Débit urinaire :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mL/24 heures *-* ☐Cochez si « estimé »**Indiquez la valeur la plus élevée mesurée dans les premières 24 heures après l’admission en réanimation :**  **Bilirubine totale**[\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]µmol/L **Créatinine** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]🞎μmol/L *ou* 🞎mg/dL **Support vasopresseur ou inotrope au cours des 24 premières heures de séjour en réanimation** ☐ OUI ☐ NON ☐ N/A - **si OUI**, répondez aux 3 questions suivantes) Dopamine < 5µg/kg/min OU Dobutamine OU Milrinone OU Levosimendan: ☐OUI ☐NON  Dopamine 5-15µg/kg/min OU Noradrénaline / Adrénaline ≤0.1µg/kg/min OU Vasopressine ☐OUI ☐NON  Dopamine >15µg/kg/min OU Noradrénaline / Adrénaline > 0.1µg/kg/min: ☐OUI ☐NON**Date de sortie de réanimation :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **Durée totale du séjour en réanimation :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] jours |

**5. DIAGNOSTIC DE L’INFECTION RESPIRATOIRE**

|  |
| --- |
| **Grippe : ☐** OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐**Non **Si** OUI-Confirmé**:** **☐** A/H3N2 **☐**A/H1N1pdm09 **☐**A/H7N9 **☐**A/H5N1 **☐** B  **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Coronavirus:** **☐** OUI-Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON **si** OUI**:** **☐** MERS-CoV **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Autre :** **☐** OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON **si** OUI **:** **☐** Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Pneumonie clinique : ☐**OUI  **☐**NON **Si aucune des réponses ci-dessus : Inconnu/Non-infectieux : ☐**OUI |

**6. EVOLUTION EN REANIMATION ET A L’HOPITAL**

|  |
| --- |
| **Pendant son hospitalisation, le patient a-t-il reçu les soins suivants *à un moment quelconque*:** **Oxygénothérapie *(y comprise humidifié à haut débit)* :** ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **Ventilation invasive :** ☐ OUI ☐ NON ☐N/A**Ventilation non invasive:** ☐ OUI ☐ NON ☐ N/A **ECMO (v-v ou v-a) :** ☐OUI ☐NON ☐ N/A **Hémodialyse ou hémofiltration :** ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **Réadmission(s) en réanimation :** ☐ OUI ☐ NON ☐N/A **Evolution (censurée à 2 mois) ☐**Retourné vivant à domicile ☐Toujours hospitalisé dans l’établissement ☐Décès  ☐Transfert vers un autre établissement ☐Transfert en soins palliatifs **Date de sortie de l’hôpital :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **☐** N/A  |

*Le* ***CRF DE BASE*** *doit être utilisé pour la collecte des données* ***de Niveau 1 et de Niveau 2****. Complétez les sections 1-3 à l’admission du patient. Saisissez les données dans la base sur le site* [*www.cliresdms.org*](http://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES** |
| **Nom du centre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pays** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date d’inclusion :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_]**Genre :**  **☐** Homme **☐** Femme **Date de naissance** *:* [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]  **Si la date de naissance est inconnue : âge approximatif** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]ans OU [\_\_\_][\_\_\_]mois**Grossesse ☐** OUI **☐**NON **☐** Inconnue **☐**N/A **Si OUI : évaluation du terme:** [\_\_\_][\_\_\_] sem. 🞎N/A**Poids** *(arrondi)* [\_\_][\_\_][\_\_] kg🞎N/A **Taille**: [\_\_][\_\_][\_\_] cm 🞎N/A**Si age <5 ans : Circonférence du bras** [\_\_][\_\_][\_\_]mm 🞎N/A**Date d’admission dans le présent établissement :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **Transféré d’un autre établissement ?** 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI—l’établissement d’origine participe à l’étude 🞎OUI— l’établissement d’origine ne participe pas à l’étudeSi OUI : **Nom de l’établissement d’origine** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎N/ASi OUI : **Date d’admission dans l’établissement d’origine :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A Si l’établissement d’origine participe à l’étude SPRINT-SARI : **le** **No d’identification du patient dans l’établissement d’origine est** : 🞎Le même que ci-dessus 🞎Différent: [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]–[\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] 🞎N/A**Le patient a-t-il voyagé au cours des 14 jours précédant l’apparition des premiers symptômes ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Si OUI,indiquez les lieux: Pays** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville/Région : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du retour: [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎 N/A *(de plus amples informations peuvent être ajoutées sur le FRC COMPLÉMENTAIRE)***Le patient a-t-il eu contact avec des animaux, de la viande crue ou été piqué par des insectes au cours des 14 jours précédant l’apparition des premiers symptômes ?**  🞎OUI 🞎NON 🞎 N/A *Si OUI, complétez la section CONTACT ANIMAL du FRC COMPLÉMENTAIRE* |

*0*

|  |
| --- |
| **2. COMORBIDITÉS** *(préexistantes AVANT L’ADMISSION et qui continuent à être un problème)*  |
| Maladie cardiaque chronique *(hors hypertension)*  |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Tumeur solide métastasée |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Maladie respiratoire chronique*(hors asthme)* |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Néoplasie ou hémopathie maligne  |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Asthme *(diagnostic médical obligatoire)* |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | SIDA ou VIH |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Insuffisante rénale chronique |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Obésité |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Pathologie hépatique modérée ou sévère |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Diabète compliqué |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Pathologie hépatique légère |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Maladie rhumatologique |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Troubles neurologiques chroniques |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Démence |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Hémiplégie ou Paraplégie |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |  |

|  |
| --- |
| **2. COMORBIDITÉS (SUITE)** |
| **Fièvre récurrente préexistante à l’admission?** 🞎OUI🞎NON 🞎N/A **Paludisme diagnostiqué après le début des symptômes ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Traitement par immunosuppresseurs, y compris par des corticostéroïdes oraux (mais pas inhalés) avant l’admission ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  *Si OUI, complétez la section TRAITEMENTS IMMUNOSUPPRESSEURS du CRF COMPLÉMENTAIRE.* **Le patient a-t-il reçu avant l’admission un traitement par anti-infectieux pour l’épisode actuel ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  *Si OUI, complétez la section TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX du CRF COMPLÉMENTAIRE*  |
| **PÉRIODE POST-PARTUM** 🞎OUI 🞎NON ou N/A *(Si NON ou N/A, ne remplissez pas cette section et passez directement à la suivante)* **Accouchement :** 🞎En vie à la naissance 🞎Mort-né  **Date de l’accouchement :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **Le dépistage chez le nouveau-né d’une infection transmise par la mère a-t-il été réalisé?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI:** 🞎Positif 🞎Négatif **Méthode :** 🞎PCR 🞎Autre : \_\_\_\_\_\_ |
| **NOURRISSON de moins d’un an ?** 🞎OUI🞎NON *(Si NON ou N/A, ne remplissez pas cette section et passez directement à la suivante)* **Poids à la naissance :** [\_\_\_]**.**[\_\_\_] kg🞎N/A **Accouchement :**🞎 à terme (grossesse ≥37 sem.) 🞎 avant terme (grossesse <37 sem.) 🞎N/A **Allaitement :** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI:**🞎 Allaitement en cours 🞎 Allaitement arrêté après [\_\_\_][\_\_\_]semaines 🞎N/A**Croissance normale selon l’âge?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Vaccins à jour selon l’âge/pays ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| **Autres facteurs de risque pertinents :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **3. SIGNES CLINIQUES ET SYMPTÔMES À L’ADMISSION A L’HÔPITAL** *(premières données obtenues dans les 24 premières heures suivant l’admission)*  |
| **Date de survenue du premier symptôme :**[\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_]**Température :** [\_\_\_][\_\_\_]**.**[\_\_\_]🞎°C **Fréquence cardiaque :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] bpm **Fréquence respiratoire :** [\_\_\_][\_\_\_]par minute **Pression artérielle systolique :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mmHg **Pression artérielle diastolique :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mmHg **Déshydratation sévère?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Temps de recoloration cutané sternal >2 sec ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Saturation pulsée en oxygène (SpO2)**: [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]% Sous : 🞎 Air ambiant 🞎 Oxygénothérapie 🞎 N/A **Oxygen saturation:** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]% **On:** 🞎Room air 🞎Oxygen therapy 🞎N/A  |
| **Signes cliniques à l’admission à l’hôpital *(cocher N/A si la donnée n’est pas disponible)*** |
| Antécédent de fièvreToux avec expectorations avec crachats hémoptoïques ou hémoptysieMaux de gorgeRhinorrhéeOtalgieRespiration sifflanteDouleur thoracique MyalgiesArthralgiesFatigue ; malaiseDyspnée  |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Tirage intercostal (nourrisson)CéphaléesConfusion, altération de la conscienceConvulsions Douleurs abdominales Vomissements, nauséesDiarrhéeConjonctiviteEruption cutanéeUlcères cutanésAdénopathieHémorragieSi oui : précisez l’origine du saignement : |  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Ceci est le* ***FRC DE BASE*** *à utiliser pour la collecte des données de Niveau 1 et 2. Complétez les sections 4-8, RÉSULTATS DE BASE, après la sortie/le décès/le transfert du patient.*

|  |
| --- |
| **4. COMPLICATIONS : A un moment durant son hospitalisation, le patient a-t-il eu un/une :** |
| Pneumonie virale  | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Arrêt cardiaque | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Pneumonie bactérienne | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Bactériémie, septicémie | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| SDRA  | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Anomalies de la coagulation | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Pneumothorax | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Anémie | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Épanchement pleural liquidien | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Rhabdomyolyse, myosite | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Bronchiolite | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Insuffisance rénale aiguë | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Méningite, encéphalite | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Hémorragie digestive | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Convulsions | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Pancréatite aiguë | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Dysfonction hépatique | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Insuffisance cardiaque congestive | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Hyperglycémie | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Endocardite, myocardite, péricardite | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Hypoglycémie  | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Troubles du rythme cardiaques | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | Autre | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| Ischémie myocardique (SCA) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A | *Spécifiez:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **5. ANALYSES MICROBIOLOGIQUES : un dépistage de pathogènes a-t-il été réalisé au cours de la maladie?** 🞎OUI 🞎NON  🞎N/A **Si OUI : complétez cette section** |
| **Date du prélèvement** *(JJ/MM/AAAA)* | **Type d’échantillon**  | **Type d’analyse** | **Résultat** | **Pathogènes analysés****/détectés** |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **6. TRAITEMENTS RECUS PENDANT L’HOSPITALISATION EN REANIMATION, USI ou USC** |
| **Admission en réanimation ou USC** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A……..….… Si OUI, nombre total d’admissions en réanimation ou USC : \_\_\_\_\_SI OUI: Date de la première admission : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A ][\_A\_] Si OUI, durée totale du séjour :\_\_\_jours  Date de la dernière sortie : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] *si plus sieurs séjours : durée cumulée***Oxygénothérapie en réanimation (*O2 haut débit humidifié inclus*)** 🞎OUI 🞎NO 🞎N/A Si OUI, durée totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_jours Si OUI : Date de première administration : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A Date de dernière administration: [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  **Ventilation non invasive en réanimation** *(ex. BIPAP, CPAP)* 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A Si OUI, durée totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ jours**Ventilation invasive** *(quel que soit le type)* 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A……..………………….…… SI OUI, durée totale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_joursSi OUI : Date d’initiation de la ventilation invasive : [\_J\_[\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A Date du dernier jour de ventilation invasive : [\_J\_]\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  **Ventilation oscillatoire à haute fréquence**  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A ………..……………….………….. SI OUI, durée totale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_jours**Ventilation en décubitus ventral** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A ……..………………….………… SI OUI, durée totale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_jours**Administration de NO inhalé** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A ………………..……….……………….………SI OUI, durée totale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_jours**Oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO)** 🞎OUI 🞎NON 🞎pas disponible au site 🞎N/A ………………...............................  SI OUI, durée totale : \_\_\_\_\_\_\_jours SI OUI : Date de première initiation : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  Date de dernière explantation : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_M\_][\_M\_] 🞎N/A **Epuration extrarénale (hémodialyse ou hémofiltration)** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A................................. SI OUI, durée totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ jours Si OUI : Date d’initiation : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  Date de la dernière séance : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  **Inotropes ou vasopresseurs?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A ………………….……….……………….……... SI OUI, durée totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_joursSi OUI : Date de première administration : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  Date de la dernière administration : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] 🞎N/A  **Plasmaphérèse ou échange plasmatique** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Réhydratation par voie orale exclusive** 🞎OUI 🞎NON 🞎 N/A**Immunoglobulines intraveineuses** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Transfusion, administration de produits sanguins** 🞎OUI 🞎NON 🞎 N/A**AUTRES interventions ou procédures** *(spécifiez)* **:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **7. MÉDICAMENTS : Durant son hospitalisation ou à sa sortie, le patient a-t-il reçu l’un des médicaments suivants ?**  |
| **Antiviraux** 🞎OUI 🞎NON N/A **Si OUI :**  Inhibiteurs de la neuraminidase Autre   **Antibiotiques** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Antifungique** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Corticostéroïdes** 🞎OUI 🞎NON N/A **Si OUI, par voie :** Orale Intraveineuse Inhalée *Si un anti-infectieux ou corticostéroïdes a été administré, complétez la section « TRAITEMENTS: ANTI-INFECTIEUX et CORTICOSTÉROIDES » du CRF COMPLÉMENTAIRE.***Inhibiteurs de l’enzyme de conversion de l’angiotensine (IEC) ou Antagonistes des récepteurs de l’angiotensine (ARA)** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Statines** *(Inhibiteurs de la HMG-CoA Reductase)***?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **SI OUI : Prise de statines avant l’admission?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |

|  |
| --- |
| **8. EVOLUTION EN REANIMATION ET A L’HOPITAL *censurée à J60*** |
| **Evolution : ☐**En vie à la sortie ☐Hospitalisation ☐Transfert vers un autre établissement ☐Décès ☐Sortie palliative **☐** N/A  **Date de sortie de l’hôpital :** [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **☐**N/A**Si le patient est sorti vivant de l’hôpital:** **Autonomie, comparée à ce qu’elle était avant la maladie :** 🞎 Pire qu’avant 🞎 Similaire 🞎 Mieux **☐** N/A **Traitement après la sortie :**  **Oxygénothérapie** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Epuration extrarénale** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Autres interventions ou procédures** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Si OUI : Spécifiez** *(réponses multiples possibles): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***En cas de transfert : Nom de l’établissement** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎N/A **En cas de transfert : le nouvel établissement fait-il partie de l’étude ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI: No d’identification du patient :** 🞎Le même que ci-dessus 🞎Différent: [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] – [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] 🞎N/A **SI le patient est décédé en réanimation :****Cause principal du décès** *(une seule réponse)*🞎 Syndrome de défaillance multiviscérale 🞎SDRA 🞎Pneumonie 🞎 Infarctus du myocarde  🞎Insuffisance cardiaque 🞎Arythmie 🞎 Bronchopneumopathie chronique obstructive 🞎 Embolie pulmonaire  🞎Accident vasculaire cérébral 🞎Insuffisance rénale 🞎Insuffisance hépatique 🞎Néoplasie ou hémopathie maligne 🞎Autre, spécifiez: 🞎N/A **Causes secondaires du décès :** *(cochez toutes les réponses qui s’appliquent)*🞎N/A Syndrome de défaillance multiviscérale SDRA Pneumonie Infarctus du myocarde  Insuffisance cardiaque Arythmie  Bronchopneumopathie chronique obstructive  Embolie pulmonaire   Accident vasculaire cérébral Insuffisance rénale Insuffisance hépatique  Néoplasie ou hémopathie Autre, spécifiez : Autre, spécifiez : **Diagnostic** *(réponses multiples possibles)***:**  **Grippe : ☐**OUI- Confirmé **☐**OUI- Probable **☐** NON  **Si** OUI**:** **☐**A/H3N2 **☐**A/H1N1pdm09 **☐**A/H7N9 **☐**A/H5N1 **☐**B **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Coronavirus :** **☐**OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON  **Si** OUI**:** **☐** MERS-CoV **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Pneumonie : ☐** OUI  **☐** NON**Autre (1) :** **☐** OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON **Si** OUI**:** **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Autre (2) :** **☐** OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON **SI** OUI**:** **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Autre (3) :** **☐** OUI- Confirmé **☐** OUI- Probable **☐** NON **Si** OUI**:** **☐** Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Si « non » ci-dessus: Inconnu/Non infectieux : ☐**OUI |

***Niveau 1*** *– Complétez le* ***CRF QUOTIDIEN*** *le jour de l’admission à l’hôpital ainsi que jour d’admission en réanimation.*

***Niveau 2*** *– Complétez le* ***CRF QUOTIDIEN*** *le premier et le deuxième jour à l’hôpital, le premier et le deuxième jour en réanimation ainsi que chaque jour où un prélèvement est réalisé.*

|  |
| --- |
| **DATE DE L’EVALUATION** *(J/M/A):* [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_\_2\_][\_\_0\_][\_A\_][\_A\_]  *(peut être différente de la date de fin de l’étude)*  |

|  |
| --- |
| 1. **TRAITEMENT ACTUEL** *(complétez toutes les lignes)*:
 |
| **Actuellement hospitalisé en réanimation, USI ou USC ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Indiquez la pire valeur mesurée au cours des 24 dernières heures** *(si pas disponible, mettez « N/A »)***:** **Gaz du sang:** 🞎 Artériel 🞎 Veineux 🞎 Capillaire 🞎N/A **FiO2** *(0.21-1.0)* [\_\_\_]**.**[\_\_\_][\_\_\_] ou [\_\_\_][\_\_\_]L/min **SaO2** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]% **PaO2** *correspondant à la FiO2 ci-dessus* [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] 🞎kPa *ou* 🞎mmHg **PaCO2** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎kPa *ou* 🞎mmHg **pH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**HCO3-** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mEq/L **Excès de base** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L**Échelle de coma de Glasgow** (GCS / 15) [\_\_\_][\_\_\_] **Pression artérielle moyenne :** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mmHg **Débit urinaire** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]mL/24 heures 🞎 Cochez si la valeur est estimée  |
| **Le patient reçoit-il actuellement ou a-t-il reçu au cours des dernières 24 heures les thérapeutiques suivantes ?** **Ventilation** **non invasive** *(ex. BIPAP, CPAP)*  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Ventilation invasive?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Ventilation oscillatoire à haute fréquence**  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO/ECLS)** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Hémodialyse ou hémofiltration** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Support vasopresseur ou inotrope**  ☐OUI ☐NON *(si NON, répondez NON aux 3 questions suivantes)* 🞎N/ADopamine <5µg/kg/min OU dobutamine OU milrinone OU levosimendan : ☐OUI ☐NON Dopamine 5-15µg/kg/min OU Adrénaline / Noradrénaline < 0.1µg/kg/min OU vasopressine: ☐OUI ☐NON Dopamine >15µg/k/min OU Adrénaline / Noradrénaline > 0.1µg/kg/min: ☐OUI ☐NON**Réhydratation par voie orale exclusive** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Immunoglobulines par voie intraveineuse** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Transfusion sanguine ou administration de produits sanguins**  🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Echange plasmatique?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Autre intervention :** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI, spécifiez :**   |

|  |
| --- |
| **3. RÉSULTAT D’ANALYSES DE LABORATOIRE** **Résultats obtenus sur les échantillons prélevés à la date indiquée en section 1 ci-dessus *?***🞎OUI *(complétez ci-dessous)* 🞎NON *(passez à la section suivante)* |
| **Hémoglobine** \_\_\_\_\_\_\_ 🞎g/dL **Hématocrite** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **% Leucocytes**\_\_\_\_\_\_\_ 🞎x109/L**Plaquettes** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎x109/L **TCA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ secondes **TP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** %*ou* **INR**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **ASAT** \_\_\_\_\_\_\_ U/L **ALAT** \_\_\_\_\_\_ U/L **Bilirubine totale** \_\_\_\_\_\_\_🞎µmol/L  **LDH** \_\_\_\_\_\_\_ U/L **Créatine kinase CPK** \_\_\_\_\_\_\_\_\_U/L**C-réactive Protéine (CRP)** \_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎mg/L *ou* 🞎nmol/L **Glucose** \_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎mmol/L *ou* 🞎mg/dL **Lactate** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎mmol/L **Urée** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎mmol/L **Créatinine** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎μmol/L |

|  |
| --- |
| **4. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE****Les radios pulmonaires prises à la date indiquée dans la section 1 ci-dessus, sont-elles disponibles *?***🞎OUI *(complétez plus bas)* 🞎NON *(passez à la section suivante)* |
| **Présence d’infiltrats** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A**Si OUI, dans quels quadrants les infiltrats sont-ils présents :** supérieur droit inférieur droit supérieur gauche inférieur gauche  |

***Formulaires complémentaires au CRF « de base »***

*Utilisez ce formulaire afin d’ajouter les informations que vous n’avez pas pu saisir dans les CRF précédents faute de place. Toutes les données indiquées sur le CRF et le CRF COMPLÉMENTAIRE doivent être saisies dans la base de données électronique sur le site* [*https://www.cliresdms.org*](https://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **CRF DE BASE - SECTION 1 – VOYAGES : si le patient a voyagé durant les 14 jours précédant l’apparition des premiers symptômes, complétez le questionnaire ci-dessous** |
| Pays :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville/Région : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du retour *(JJ/MM/20AA) :* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_ Pays :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville/Région : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du retour *(JJ/MM/20AA) :* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_ Pays :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville/Région : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du retour *(JJ/MM/20AA) :* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **CRF DE BASE - SECTION 1 – CONTACT ANIMAL : si le patient a eu un contact avec des animaux, de la viande crue ou été piqué par des insectes au cours des 14 jours avant l’apparition des premiers symptômes, complétez le questionnaire ci-dessous***, nommez l’animal ou l’insecte le type et la date du contact (J/M/A) :* |
| Oiseaux, volailles (ex. poules, dindes, canards) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Chauve-souris | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Bétail (ex. moutons, chèvres, bœufs, chameaux) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Chevaux | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Lièvres, lapins | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Cochons | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Singes | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Rongeurs (ex. rats, souris, écureuils) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Insecte (ex. piqure de tique, pou, moustique) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Reptiles, amphibiens | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Animaux familiers (ex. chats, chiens, autres) | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Excréments d’animaux ou nids | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Animaux malades, cadavres d’animaux | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Viande crue, sang d’animal | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Dépeçage, découpage ou consommation  | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Visite d’un marché d’animaux vivants, d’une ferme ou d’un zoo | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Participation à une intervention chirurgicale vétérinaire ou à l’autopsie d’un animal | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |
| Autres contacts avec des animaux  | 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |  |

***Formulaires complémentaires au CRF « de base »***

*Utilisez ce formulaire afin d’ajouter les informations que vous n’avez pas pu saisir dans les CRF précédents faute de place. Toutes les données indiquées sur le CRF et le CRF COMPLÉMENTAIRE doivent être saisies dans la base de données électronique sur le site* [*https://www.cliresdms.org*](https://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **CRF DE BASE - SECTION 2 – ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS IMMUNOSUPPRESSEURS : le patient a-t-il reçu des immunosuppresseurs (y compris des corticostéroïdes par voie orale ou inhalée) avant son admission à l’hôpital?** *Précisez-les ici :* |
| **Nom de l’immunosuppresseur** | **Dose et fréquence** | **Voie d’administration** | **Durée** |
|  | 🞎inconnues | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A | 🞎jours 🞎semaines 🞎N/A |
|  | 🞎inconnues | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A | 🞎jours 🞎semaines 🞎N/A |
|  | 🞎inconnues | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A | 🞎jours 🞎semaines 🞎N/A |
|  | 🞎inconnues | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A | 🞎jours 🞎semaines 🞎N/A |
|  | 🞎inconnues | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A | 🞎jours 🞎semaines 🞎N/A |

|  |
| --- |
| **FRC DE BASE - SECTION 2 – ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX : le patient a-t-il reçu un traitement par des anti-infectieux (antibiotiques et anti-viraux) pour cette maladie avant son admission ?** *Précisez-les ci-dessous:* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament** *(nom générique de préférence)* | **Dose et fréquence** | **Début de traitement** *(JJ/MM/20AA)* | **Fin de traitement***(JJ/MM/20AA)* | **Voie d’administration** |
|  |  🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  |  🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  |  🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  |  🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  |  🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Oral 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |

|  |
| --- |
|  |
| **CRF DE BASE–INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES:** *Préciser toute autre information non mentionnée dans le CRF et que vous jugeriez utile et importante.* |
|  |

***Formulaires complémentaires au CRF « de base »***

*Utilisez ce formulaire afin d’ajouter les informations que vous n’avez pas pu saisir dans les CRF précédents faute de place. Toutes les données indiquées sur le CRF et le CRF COMPLÉMENTAIRE doivent être saisies dans la base de données électronique sur le site* [*https://www.cliresdms.org*](https://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **FRC DE BASE - SECTION 5 – DÉPISTAGE DES PATHOGÈNES :** Résultats des analyses au cours de la maladie. |
| **Date de prélèvement** *(JJ/MM/AAAA)* | **Type d’échantillon** | **Type d’analyse** | **Résultat** | **Pathogènes analysés/détectés**  |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20\_\_ \_\_ | 🞎 Ecouvillonnage nasal ou nasopharyngé 🞎 Ecouvillonnage de la gorge 🞎 Les 2 combinés 🞎 ECBC 🞎LBA 🞎Aspiration trachéale 🞎Urine 🞎 Ecouvillonnage rectal ou prélèvement de selles 🞎Sang 🞎Autre *Spécifiez :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎PCR🞎Culture🞎Autre, *Spécifiez:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎Positif🞎Négatif🞎N/A | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Formulaires complémentaires au CRF « de base »***

*Utilisez ce formulaire afin d’ajouter les informations que vous n’avez pas pu saisir dans les CRF précédents faute de place. Toutes les données indiquées sur le CRF et le CRF COMPLÉMENTAIRE doivent être saisies dans la base de données électronique sur le site* [*https://www.cliresdms.org*](https://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **FRC DE BASE - SECTION 7 – MÉDICAMENTS : ANTI-INFECTIEUX ET CORTICOSTÉROÏDES** *– Indiquez tous les anti-infectieux et corticostéroïdes administrés durant l’hospitalisation et au moment de la sortie. Ajoutez des pages si nécessaire.* |
| **Nom du médicament** (*nom générique*) | **Dose et fréquence***(spécifiez)* | **Début de traitement** *(JJ/MM/AAAA)* | **Fin de traitement***(JJ/MM/AAAA)* | **Voie d’administration** |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_  |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Oral e 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |
|  | 🞎N/A | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ |  🞎 En cours \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /20 \_\_ \_\_ | 🞎IV 🞎Orale 🞎Inhalée 🞎Autre 🞎N/A |

**ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUPPPLÉMENTAIRES (NIVEAU 3)**

*Les données supplémentaires à celles indiquées sur les CRF de niveau 0 à 2 peuvent intéresser spécifiquement certains sites. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de questions pertinentes qui peuvent êtes posées à la discrétion du site en plus des informations recueillis dans le cadre des collectes de données de niveau 1 et 2. Toutes les données obtenues doivent être saisies dans la base de données électronique sur le site* [*https://www.cliresdms.org*](https://www.cliresdms.org)

|  |
| --- |
| **EXPOSITIONS DANS LES 14 JOURS PRÉCÉDENTS A UN CAS D’INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE :**  **Contact avec** ☐ **un cas confirmé** ☐ **un cas probable**  ☐ N/A  **Durant un voyage ?** ☐OUI ☐NON ☐N/A **Contact** **animal?** ☐OUI ☐NON ☐N/A **Lors d’une activité professionnelle?** ☐OUI ☐NON ☐N/A |

|  |
| --- |
| **HÉBERGEMENT : quelles étaient les conditions d’hébergement du patient durant les 14 jours précédant son admission à l’hôpital ?** 🞎Domicile privé. Précisez le nombre de personnes composant le foyer (y compris le patient) :\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Base militaire 🞎Établissement pénitentiaire 🞎Abri pour SDF 🞎Internat, dortoir 🞎Maison de retraite, SSR, SLD 🞎Autre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎N/A  |

|  |
| --- |
| **ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :** Quelle est la profession du patient ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎N/A |
|  |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE VACCINALE :** |
| **Vacciné contre la grippe cette saison** 🞎OUI, cette saison 🞎OUI, cette année sans préciser la saison 🞎NON 🞎N/A  **Si OUI :** 🞎 vacciné ≥14 jours avant le début de maladie 🞎 <14 jours avant le début de maladie  **Si OUI : Quel type de vaccin a été donné cette saison ?** 🞎 Vaccin injecté 🞎 Vaccin inhalé **Si OUI et âge < 9 ans ou premier vaccin grippe : combien de doses de vaccin le patient a-t-il reçues cette saison ?** 🞎1 dose 🞎2 doses**Le patient a-t-il déjà été vacciné contre le pneumocoque ?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI : à quel âge ? \_\_\_\_\_\_** ans🞎N/A  **Si OUI : quel type de vaccin a-t-il reçu :** 🞎 conjugué 7-valent 🞎 conjugué 13-valent 🞎 polysaccharide 23-valent 🞎N/A**Le patient a-t-il déjà été vacciné contre *Haemophilus influenzae* type b?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI : à quel âge ? \_\_\_\_\_\_** ans🞎N/A **Le patient a-t-il déjà été vacciné contre le VRS par Palivizumab déjà administré comme vaccin? (le cas échéant)** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A |
| **Existe-t-il d’autres vaccins pertinents contre la maladie étudiée?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A  **Si OUI : nom de la maladie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Si OUI : le patient a-t-il déjà été vacciné contre cette maladie?** 🞎OUI 🞎NON 🞎N/A **Si OUI : Âge au premier vaccin : \_\_\_\_\_\_\_\_** ans 🞎N/A  **Nombre de doses injectées jusqu’à ce jour :** \_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎N/A  **Si OUI : Temps écoulé depuis la dernière dose :** 🞎≥14 jours avant le début de la maladie 🞎<14 jours avant le début de la maladie 🞎N/A**Autres informations pertinentes** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |
| --- |
| **CRITÈRES D’INCLUSION À L’ÉTUDE SPRINT-SARI**  |
| **Infection respiratoire aiguë suspectée ou avérée :** ☐OUI ☐NON**Début des symptômes < 14 jours : ☐**OUI ☐NON **(requis pour inclusion)** **Présence d’au moins un des symptômes suivants :** · **Etat fébrile récent ou fièvre ≥ 38oC:** ☐OUI ☐NON **· Toux :** ☐OUI ☐NON **· Dyspnée OU tachypnée\*:** ☐OUI ☐NON ***\*****La tachypnée se définit par une fréquence respiratoire ≥50 cycles/min avant l’âge d’1 an ; ≥40 cycles /min entre 1 et 4 ans ; ≥30 cycles /min entre 5 et 12 ans; ≥ 20 cycles /min à partir de 13 ans*  |