

ARCHIVE

PROCÉDURE POUR LES HÔPITAUX : PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POSSIBLE OU CONFIRMÉ DE COVID-19

Version du 18 décembre 2020

Les procédures sont élaborées en étroite collaboration avec les autorités compétentes en matière de prévention, de soins de santé, de contrôle des maladies infectieuses et de gestion de risque/crise (RAG/RMG). Ces procédures sont définies et adaptées au cours du temps selon l'évolution de l'épidémie, les connaissances et découvertes scientifiques, l'avis d'experts et de société savantes, et les moyens disponibles. Les lignes directrices reprises dans ces procédures doivent être mises en œuvre autant que se peut en fonction des contraintes locales.

Un récapitulatif des connaissances scientifiques actuelles est disponible dans une fact-sheet, ici : https://epidemiowiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_fact_sheet_ENG.pdf.

Principaux changements:

- Modification de la durée d'isolement pour les patients COVID-19 (07 décembre)
- La quarantaine dure au maximum 10 jours avec un test le 7e jour, pour tous (23 novembre).
- Clarification des lignes directrices pour le personnel COVID+ / le personnel après un contact à haut risque (29 octobre)
- Arrêt temporaire des tests sur les contacts à haut risque asymptomatiques et, par conséquent, prolongation de la durée standard de la quarantaine à 10 jours (21 octobre – 22 novembre)
- Addendum sur l'interprétation d'un résultat de PCR faiblement positif
- Adaptation testing pour les enfants 3 à 6 ans
- Adaptation testing chez les moins de 3 ans (24 juillet)
- Elargissement des indications d'utilisation de masques FFP2
- Modification de la stratégie du testing des contacts étroits (19 juin)
- La place des tests sérologiques est mentionnée (20 Mai)
- Les formulaires électroniques diffèrent selon les progiciels, veuillez contacter votre service ICT. Un lien externe a également été fourni pour plus d'informations (15 Mai)
- Changements relatifs à la nouvelle procédure pour les contacts et suivi des contacts (08 Mai)
- Modification de la section « Sortie du service COVID-19 » (08 Mai)
- Ajout d'un algorithme : « Guide pour l'utilisation des outils diagnostiques de COVID-19 chez les patients adultes hospitalisés » (Annexe 4) (08 Mai)
- Précisions relatives à la nouvelle stratégie de testing (08 Mai)
- Modification de la définition d'un cas possible (04 Mai)
- Changements relatifs à la nouvelle stratégie de testing (04 Mai)
- Changements relatifs à la nouvelle procédure pour les contacts et suivi des contacts (04 Mai)
- Toute personne nécessitant une hospitalisation ~~doit~~ **peut** désormais être testée (23 Avril)
- « Professionnel de santé » a été remplacé par « personnel soignant » (22 avril)
- Les instructions pour remplir Modèle IIIC/D ont été changées (22 avril)
- Changement des critères de prélèvement chez le professionnel de santé (version 16 avril)
- Il existe maintenant une catégorie 'cas radiologiquement confirmé' (version 1 avril)
- La structure de la procédure a été modifiée (voir table des matières) (version 29 mars)
- Adaptation des directives de retour au travail pour le personnel de santé (version 29 mars)

En collaboration avec :

TABLE DES MATIÈRES

PROCÉDURE POUR LES HÔPITAUX : PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POSSIBLE OU CONFIRMÉ DE COVID-19.....	1
1. Définition de cas	3
1.1. Définition d'un cas possible	3
1.2. Définition d'un cas radiologiquement confirmé	3
1.3. Définition d'un cas confirmé	3
2. Transport d'un patient possible / confirmé COVID-19	4
3. Effectuer un test de laboratoire	4
3.1. Qui doit être testé par un test moléculaire	4
3.2. Qui peut Être testé par un test rapide antigénique ?	4
3.3. Qui peut être testé par sérologie?	5
3.4. Prélevez les échantillons biologiques en vue d'un test de laboratoire	5
4. Suivi des contacts et déclaration obligatoire des cas COVID-19	5
5. Isolement à l'hôpital	7
6. Prise en charge d'un patient possible / confirmé COVID-19	7
7. Fin de l'isolement	8
7.1. Séjour continué À l'Hôpital	8
7.2. Sortie de l'hôpital	9
7.3. Décès	10
8. Mesures pour le personnel de santé dans le cadre du COVID-19	10
8.1. Considérations	10
8.2. Lors d'une exposition à un cas possible / confirmé	10
8.3. Pour les professionnels de santé qui présentent des symptômes possibles de covid-19	11
8.4. Pour le personnel soignant asymptomatique avec un test COVID-19 positif	11
9. Mesures préventives	13
10. Prise en charge des contacts d'un cas possible ou confirmé	14
11. Situation épidémiologique	14
12. La version la plus récente de la procédure	14
13. Coordonnées des autorités régionales de santé publique	15
ANNEXE 1 : guide pour l'utilisation des outils diagnostiques de COVID-19 chez les patients adultes hospitalisés.....	16
ANNEXE 2 : Questionnaire : « Volet admission », « Volet sortie », « Volet USI »	17
ANNEXE 3 : Certificat de quarantaine et incapacité de travail.....	27

1. Définition de cas

1.1. DÉFINITION D'UN CAS POSSIBLE

Un cas possible de COVID-19 est une personne avec

- au moins un des symptômes majeurs suivants d'apparition aiguë, sans autre cause évidente: toux ; dyspnée ; douleur thoracique ; anosmie ou dysgueusie sans cause apparente ;

OU

- au moins deux des symptômes mineurs suivants¹, sans autre cause évidente : fièvre ; douleurs musculaires ; fatigue ; rhinite ; maux de gorge ; maux de tête ; anorexie ; diarrhée aqueuse sans cause apparente² ; confusion aiguë² ; chute soudaine sans cause apparente² ;

OU

- une aggravation de symptômes respiratoires chroniques (BPCO, asthme, toux chronique...) sans autre cause évidente.

1.2. DÉFINITION D'UN CAS RADIOLOGIQUEMENT CONFIRMÉ

Un cas radiologiquement confirmé est une personne dont le test PCR de COVID-19 est revenu négatif mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d'une présentation clinique évocatrice ET d'un scanner thoracique compatible.

1.3. DÉFINITION D'UN CAS CONFIRMÉ

Un cas confirmé est défini comme une personne qui a un diagnostic confirmé par test moléculaire³ de COVID-19.

N.B. anciennes infections

- La stratégie de testing élargie et le nombre croissant de personnes asymptomatiques testées, par exemple en préopératoire ou avant un voyage, entraînent parfois des problèmes d'interprétation d'un résultat PCR faiblement positif. On sait, d'après la littérature scientifique, que le PCR peut parfois rester positif pendant des périodes (très) longues sans que le patient soit infectieux. L'objectif de ces critères est d'aider les microbiologistes et les cliniciens à interpréter un résultat PCR faiblement positif. Elles ne remplacent en aucun cas les indications de testing et les procédures en vigueur : les personnes qui ont déjà été diagnostiquées par PCR ne devraient généralement pas être retestées endéans les 8 semaines suivantes
- **Un résultat PCR positif chez un patient qui répond aux 4 critères suivants peut être considéré comme une **infection ancienne** et le patient peut être considéré comme non infectieux :**
 1. la personne n'ayant pas présenté de symptômes possibles du COVID depuis minimum une semaine. Si elle a présenté des symptômes graves, 4 semaines devront être respectées depuis le début d'apparition des symptômes ;
 2. la personne n'a eu aucun contact avec un cas positif confirmé au cours des 3 dernières semaines (2 semaines d'incubation + 1 semaine de période infectieuse) ;
 3. le résultat PCR indique une faible charge d'ARN viral (par exemple une valeur Ct élevée, <100.000 copies RNA/ml, ...)⁴;
 4. il existe un précédent résultat PCR positif pour ce patient, au minimum une semaine avant ce prélèvement, ou une sérologie positive connue.

¹ Chez les enfants, la fièvre seulement sans cause apparente suffit pour envisager le diagnostic de COVID-19 pendant l'épidémie. Pour les enfants de moins de 6 ans, un test n'est pas toujours nécessaire : voir [procédure enfants](#)

² Ces symptômes sont plus fréquents chez les personnes âgées qui peuvent présenter une infection aiguë de manière atypique.

³ Tests moléculaires : PCR ou Test Antigène rapide. En dehors des 2 indications expliquées [ici](#), un résultat négatif par test rapide antigénique doit être confirmé par un test PCR.

⁴ Voir avis : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID19-PCR_INTERPRETATION_FR.pdf

2. Transport d'un patient possible / confirmé COVID-19

Le transport vers l'hôpital le plus proche peut se faire par ambulance avec application des mesures de protection adéquates, ou avec son propre véhicule (pas les transports en commun). Le patient se lavera les mains avant le transport et portera un masque chirurgical pendant le trajet. L'hôpital d'accueil doit être averti afin que le patient soit immédiatement placé en isolement (voir la procédure ambulance https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_ambulanciers_FR.pdf).

3. Effectuer un test de laboratoire

3.1. QUI DOIT ÊTRE TESTÉ PAR UN TEST MOLECULAIRE³

Par ordre de priorité:

1. Toute personne qui répond à la définition d'un **cas possible de COVID-19**
2. **Investigation des clusters:** dans le cas de clusters (deux ou plusieurs cas liés) dans des collectivités, le médecin responsable décidera de la stratégie de testing la plus appropriée, adaptée aux conditions locales, en consultation avec les autorités sanitaires des entités fédérées le cas échéant. En hôpital, en cas de suspicion de cluster nosocomial, les indications de test sont déterminées par le service d'hygiène hospitalière.
3. Les **personnes ayant eu un contact étroit** avec un cas de COVID-19, selon les modalités décrites dans la [procédure contact](#).
4. **Les personnes nécessitant une hospitalisation**, y compris hospitalisation de jour (première fois), selon les précisions opérationnelles que chaque institution aura déterminée à partir des [lignes directrices](#) communiquées aux hôpitaux. Si le résultat du test s'avère négatif, le test pourra être répété une fois selon le besoin clinique, car un résultat négatif pourrait également signifier que la personne est infectée mais encore en période d'incubation.
5. **Tout nouveau résident qui entre dans une collectivité résidentielle**, en particulier en maison de repos et maison de soins et de repos et tout nouveau résident présentant un profil à risque (plus de 65 ans ou avec des comorbidités). Si le résultat du test s'avère négatif, le test pourra être répété une fois selon le besoin clinique, car un résultat négatif pourrait également signifier que la personne est infectée mais encore en période d'incubation.

Il n'est pas scientifiquement recommandé de tester systématiquement les patients qui retournent vers une collectivité résidentielle après un séjour en hôpital. Néanmoins, si le résultat d'une concertation entre l'hôpital et la collectivité conclut qu'un test est indispensable, ce dernier peut être réalisé.

5. **Les voyageurs revenant d'une zone rouge⁵**, reconnus comme ayant eu un risque élevé selon le [formulaire d'auto-évaluation](#) et qui ont reçu un « corona test prescription code ».

3.2. QUI PEUT ÊTRE TESTÉ PAR UN TEST RAPIDE ANTIGÉNIQUE⁶ ?

1. **Patients symptomatiques présentant des symptômes depuis ≤ 5 jours** consultant
 - les services d'urgence
 - les centres de test/triage
 - les cabinets médicaux.

⁵ Les voyageurs qui rentrent d'une zone rouge peuvent se soustraire au test si le self-assessment démontre qu'ils n'ont pas eu de comportement à risque

⁶ L'AFMPS publie une liste de [tests recommandés](#). La sensibilité/spécificité déclarée est celle indiquée par le fabricant et n'a pas fait l'objet d'une validation externe.

2. Les personnes identifiées comme contact à faible risque, dans le cadre de **l'investigation des clusters (≥2 cas) dans les collectivités, autres que les établissements de soins**, afin d'assurer la continuité des activités et des services:
- les services essentiels (par exemple, la police, les pompiers, ...)
 - l'éducation, la garde d'enfants, l'aide à la jeunesse...
 - les secteurs et les entreprises clés.

Des protocoles spécifiques sont établis pour chaque secteur, qui doivent être suivis, dès que la logistique pour la communication des résultats positifs à Sciensano est mise en place.

Pour ces deux indications, un résultat négatif ne doit pas être confirmé avec un test PCR.

3.3. QUI PEUT ÊTRE TESTÉ PAR SÉROLOGIE?

- Les **patients hospitalisés** répondant à la définition de cas possible ET ayant un scanner thoracique suggestif de COVID-19 mais une PCR négative. La sérologie sera réalisée minimum 7 jours après le début des symptômes.
- Chez les **patients ambulants ou hospitalisés** qui présentent un tableau clinique suggestif et prolongée pour COVID-19 mais ayant obtenu un résultat négatif par test PCR ou qui n'ont pas pu être testés dans les 7 jours suivant le début des symptômes. La sérologie sera réalisée minimum 14 jours après le début des symptômes.
- Dans le contexte de diagnostic différentiel en cas de **présentation clinique atypique**. La sérologie sera réalisée minimum 14 jours après le début des symptômes.
- Pour examiner le statut sérologique auprès du **personnel de soins** et du personnel travaillant dans les hôpitaux/services ou autres collectivités, avec haut risque d'exposition au COVID-19 (service COVID ou maisons de repos) dans le cadre du management local du risque.

De plus amples informations concernant le remboursement de ces tests sont disponibles sur le site web de l'INAMI. <https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/conditions-remboursement-tests-detection-coronavirus-pandemie-covid19.aspx>

Plus d'informations sur les limitations dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des résultats se trouvent ici : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf

3.4. PRÉLEVEZ LES ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES EN VUE D'UN TEST DE LABORATOIRE

- Prélevez un **échantillon naso-pharyngé** (voir procédure spécifique ici : https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID19_procedure_sampling_FR.pdf) et, si nécessaire en cas de symptômes sévères, un échantillon des voies respiratoires inférieures (ex. : aspirations trachéo-bronchiques, LBA)⁷.
- Les demandes peuvent être envoyées aux laboratoires dont l'inventaire est disponible sur le site de Sciensano : https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_Diagnostic_Labs_FR.pdf ou au Centre National de Référence Pathogènes Respiratoires (KU Leuven). Vous pouvez aussi vous renseigner auprès de votre laboratoire habituel. Le test ne peut être facturé au patient. L'INAMI remboursera les tests dont l'indication répond aux indications de testing publié par Sciensano.

4. Suivi des contacts et déclaration obligatoire des cas COVID-19

- Depuis le 4 Mai, un système de suivi de contacts des patients COVID-19 a été mis en place. Un centre d'appel est utilisé pour contacter ces personnes, leur demander de prendre les mesures nécessaires et d'identifier les personnes dans leur entourage qui ont potentiellement été infectées.
- Afin de pouvoir contacter le patient (ou sa personne de confiance) et lancer le suivi des contacts, un formulaire électronique doit être rempli pour tout patient hospitalisé remplissant la définition de cas possible. Ces formulaires électroniques sont intégrés dans les progiciels des hôpitaux ou le seront dans les prochains jours, votre service ICT vous tiendra informé. Vous trouverez également plus d'informations sur le site

⁷ Lors d'une procédure aérosolisante, des précautions airborne doivent être appliquées.

<https://covid19lab.healthdata.be/de/node/20>. Il est préférable de remplir ce formulaire au moment de la demande de laboratoire.

- Pour les cas possibles COVID-19 : si vous avez la certitude d'obtenir le résultat du test dans un délai de <24h, vous pouvez éventuellement opter de remplir le formulaire électronique uniquement pour ceux ayant un test PCR positif. Dans ce cas, veillez à indiquer clairement dans le dossier du patient que le formulaire doit encore être rempli et assurez-vous que les informations nécessaires sont disponibles (par exemple, le numéro du registre national du patient, le numéro de téléphone du patient et de la personne de confiance, la date d'apparition des symptômes, le patient est-il résident d'une collectivité comme une MRS...). Si vous n'effectuez pas vous-même le suivi du résultat, assurez-vous qu'il soit clair qui remplira le formulaire électronique en cas de résultat positif. Cela devrait être fait dès que le résultat du laboratoire est disponible.
- Pour les patients asymptomatiques testés, par exemple lors de l'admission à l'hôpital, on attendra le résultat du test. Pour ceux ayant un test PCR positif, la déclaration doit se faire dès l'obtention du résultat en remplissant le formulaire électronique intégré dans le progiciel. Notez 01/01/1900 comme «date de début de symptôme »
- Si vous avez la confirmation que la déclaration électronique a déjà été complétée dans son entiereté (p.ex si le test a été réalisé avant son admission dans un lieu de triage ou par son médecin généraliste), il n'y a pas lieu de le reintroduire. En l'absence de cette certitude, le formulaire électronique, étant l'étape clé dans l'activation du suivi des contacts devra être complété. Ainsi le numéro du registre national du patient (et donc le résultat laboratoire) est lié à un numéro de téléphone permettant de contacter le patient ou sa personne de confiance.
- Le suivi des contacts par le centre d'appel n'a lieu qu'après confirmation d'un cas par un résultat de laboratoire positif. Le centre d'appel sera automatiquement prévenu des résultats de laboratoire positifs pour les patients ayant une déclaration électronique complétée, vous ne devez pas le faire.
- Si le médecin estime que le suivi des contacts est nécessaire malgré un résultat négatif ou avant l'obtention du résultat (p.ex. présentation clinique hautement suggestive et/ou lien épidémiologique avec un cas confirmé), il doit l'indiquer explicitement dans la base de données centrale en remplissant un formulaire électronique additionnel « COVID-19: Signalement d'une suspicion de contamination avec résultat négatif de Laboratoire SARS-CoV-2 » ou « COVID-19: Signalement d'une suspicion de contamination sans résultat de Laboratoire SARS-CoV-2 ».
- Le médecin devra informer le patient (ou ses proches) qu'il est possible qu'il soit appelé par le centre d'appel. Si le centre d'appel ne peut joindre le patient, il contactera la personne de confiance. Si possible, le patient (ou ses proches) doit déjà réfléchir aux personnes avec lesquelles il a été en contact ces derniers jours. Un formulaire disponible à <https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Liste%20des%20contacts%20%C3%A0%20remplir.pdf> peut servir comme soutien à cet exercice.
- Les formulaires numériques sus-mentionnés seront intégrés dans les divers progiciels informatiques des hôpitaux. Votre institution ou service informatique vous mettra au courant dès leurs mise en activation. Pour plus d'informations et un soutien informatique : <https://covid19lab.healthdata.be/fr/node/20>.

Vous trouverez des informations complémentaires relatives au **suivi des contacts** sur le site Sciensano <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-definition-de-cas-et-testing>. Des informations par rapport à la **prise en charge des contacts** se trouvent au point 10 de ce document.

La réponse sur des questions fréquemment posées sur le suivi des contacts peut être retrouvé ici :
http://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_contact_tracing_FR.pdf.

5. Isolement à l'hôpital

- Le patient avec suspicion COVID-19 est laissé en isolement jusqu'à obtention du résultat du test.
- En annexe 1, vous trouverez un « Guide pour l'utilisation des outils diagnostiques de COVID-19 chez le patients adultes hospitalisés »
- Si un résultat PCR négatif est obtenu en cas de forte suspicion clinique de COVID-19, avant de lever les mesures d'isolement il faut tenir compte de réflexions et éléments suivants :
 - L'excrétion virale au niveau nasopharyngé semble être maximale au début des symptômes et ce pendant seulement quelques jours.
 - Un frottis nasopharyngé est un geste relativement complexe et peut également ne pas être réalisé de façon optimale.
 - Un deuxième test après 48 heures (de préférence sur LBA) peut être envisagé.
 - Le scanner thoracique (effectué au moins 48h après début de symptômes) pourrait avoir une valeur diagnostique, .
 - Le résultat de la sérologie, si réalisée
 - La notion de contact étroit avec un cas confirmé COVID-19 qui augmente le risque COVID-19.
 - La présence d'un diagnostic alternatif expliquant les symptômes.
 - Une éventuelle évolution rapidement favorable sous antibiotiques qui défavorise le diagnostic COVID-19.
- Voir aussi point 9 pour les instructions détaillées sur l'isolement.

6. Prise en charge d'un patient possible / confirmé COVID-19

- Le patient est hospitalisé si son état de santé l'exige.
- Dans les autres situations, le patient est en principe laissé en isolement à la maison. Toutefois, il peut y être dérogé s'il présente des facteurs de risque d'une forme sévère de COVID-19⁸ et/ou la situation sociale et/ou de vie du patient compliquent l'isolement au domicile. Dans le cas d'un isolement à la maison, donnez aux patients les informations de la procédure suivante https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_case%20%26household_FR.pdf.
- Les cohabitants d'un cas confirmé doivent être mis en quarantaine. Le centre d'appel n'est que mis en action lors d'un résultat laboratoire positif. Si vous avez une forte suspicion clinique qu'il s'agit d'une infection COVID-19, demandez aussi aux cohabitants de se mettre en quarantaine en attente du résultat laboratoire. Plus d'informations se trouvent dans la procédure contact https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf, dans le volet "déclaration obligatoire et suivi des contacts" sur le site web Sciensano: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf et le point 7.2 « lors d'une exposition à un cas possible/confirmé » ci-dessous.
- Afin de surveiller la situation et de faire une planification adéquate, des données épidémiologiques doivent être transmises à Sciensano en utilisant un formulaire en ligne. Veuillez remplir le volet admission lors de la confirmation laboratoire et le volet sortie en cas de sortie ou de décès (voir 7). Le questionnaire, volet admission, est disponible ici : <http://surveys.sciensano.be/index.php/523543?lang=fr>. Depuis le 8 juin, des questions spécifiques pour les patients de moins de 18 ans ont été ajoutées dans les volets admission et sortie de cette surveillance.
- Le questionnaires est repris en Annexe 2, en guise d'illustration.

⁸ Facteurs de risque

- Adulte de plus de 65 ans
- Maladie cardiovasculaire, diabète ou HTA
- Pathologie chronique sévère du cœur, poumon, rein
- Immunosuppression, hémopathie maligne ou néoplasie active

(voir document https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_measures-for-high-risk-groups_FR.pdf)

- Le patient reste hospitalisé dans l'hôpital où il a été admis. Si la situation clinique du patient le requière, le patient sera transféré dans un autre hôpital, utilisant les réseaux hospitaliers habituels.
- [Interim guidelines](#) pour le traitement anti-viral sont disponibles sur le site Sciensano. Le paracetamol reste le premier choix en cas de fièvre et douleur. Les contre-indications habituelles des AINS restent d'application.

7. Fin de l'isolement

Fin de l'isolement	Pour qui ?	Remarques
7j après l'apparition des symptômes + min. 3j sans fièvre + amélioration clinique	Patients ambulatoires en isolement à domicile	- 7j après le test pour les asymptomatiques - y compris les patients sortis de l'hôpital <14j après l'apparition des symptômes - sauf les résidents des collectivités résidentielles
14d après l'apparition des symptômes + min. 3j sans fièvre + amélioration clinique	Patients hospitalisés / résidents collectivités résidentielles	- p. ex. résidents en MR(S) - sauf patients nécessitant des soins intensifs
min. 3j sans fièvre + amélioration clinique + 21j* après l'apparition des symptômes OU 14j après l'apparition des symptômes ET 2x PCR <10 ⁵ copies/mL avec un intervalle de 24h minimum	Soins intensifs	- On peut choisir une approche « symptom-based » ou « test-based » - *28 jours si le patient reste intubé.
21 jours après l'apparition des symptômes + min. 3d sans fièvre + amélioration clinique	Gravement immunodéprimé	- toujours concertation multidisciplinaire - exceptions possibles au cas par cas - envisager la sérologie et la PCR répétée

7.1.SÉJOUR À L'HÔPITAL

En accord avec les directives existantes dans les hôpitaux, les patients COVID-19 doivent être (autant que possible) pris en charge dans des unités dédiés. Si pour certaines raisons, un transfert est nécessaire vers un autre service (p.ex pour recevoir des soins spécialisés / révalidation), ceci doit se faire en respectant les mesures d'isolation.

Si un patient COVID-19 est transféré dans une unité non-COVID avant son retour à domicile, pour éviter toute transmission nosocomiale le patient restera en isolement gouttelettes-contact-lunettes de protection (ou écran facial) jusqu'à:

- **En général :**
 - 14 jours après l'apparition des symptômes ET au moins 3 jours sans fièvre et amélioration significative des symptômes respiratoires
 - Les patients qui présentent également des symptômes modérés de COVID-19 et qui sont testés positifs au domicile, mais hospitalisés pour une autre raison (par exemple une opération chirurgicale prévue) doivent être isolés jusqu'à 14 jours après l'apparition des symptômes (ou l'admission prévue est reportée).
- **Les patients ne présentant pas de symptômes de COVID-19** (lorsque le diagnostic est basé uniquement sur le dépistage) :
 - 7 jours d'isolement (comme pour les patients ambulatoires) sont suffisants.

- **Pour les cas sévères** (séjour à l'unité de soins intensifs)
 - 21 jours après l'apparition des symptômes (dont au moins 3 jours sans fièvre et une amélioration significative des symptômes respiratoires⁹)
OU
 - au moins 14 jours après l'apparition des symptômes (dont 3 jours sans fièvre et une amélioration significative des symptômes respiratoires) ET deux prélèvements nasopharyngés ou des voies respiratoires inférieures à au moins 24 heures d'intervalle, où la PCR montre une charge virale < 10⁵ copies/mL.
- **Pour les patients gravement immunodéprimés :**
 - 21 jours après l'apparition des symptômes (dont au moins 3 jours sans fièvre et une amélioration significative des symptômes respiratoires)
 - Il est possible de déroger à cette règle après concertation avec un spécialiste des maladies infectieuses/hygiène hospitalière (fin de l'isolement avancé sur base d'une PCR répétée avec une charge virale <10⁵ copies/mL ou réalisation de la PCR également après 21 jours si l'hospitalisation est prévue dans un service avec des patients vulnérables ou en l'absence de séroconversion...).
 - cela ne concerne qu'un nombre limité de patients pour lesquels une concertation multidisciplinaire est toujours nécessaire
 - sont généralement considérés comme gravement immunodéprimés, les patients avec :
 - traitement actif par chimiothérapie, notamment pour les malignités hématologiques, après avis spécialisé
 - infection VIH non traitée avec un taux de CD4 <200/μL
 - déficit immunitaire (primaire) combiné, après avis spécialisé
 - traitement à la méthylprednisolone (Medrol®) >16mg pendant >2 semaines
- Cette distinction est basée sur des études montrant une excrétion virale prolongée chez les patients atteints de COVID-19 grave et chez les patients gravement immunodéprimés (par exemple présentant un lymphome ou en post-transplantation). Pour plus d'informations, consultez l'[avis RAG](#).
- Néanmoins, il convient de noter qu'un test PCR positif indique uniquement la présence d'ARN viral, qui n'est pas équivalent à un virus viral et infectieux. Par conséquent, un test positif ne signifie pas automatiquement que le patient est toujours contagieux. Dans les circonstances actuelles, nous ne disposons pas d'un outil de diagnostic de routine pour évaluer la présence de virus.

7.2. SORTIE DE L'HÔPITAL

- Si l'état clinique du patient le permet, il peut sortir de l'hôpital. S'il était encore en isolement à l'hôpital
 - et qu'il rentre au domicile : il restera en isolement à domicile au moins 7 jours après le début de symptômes, ou plus longtemps s'il a encore des symptômes majeurs liés au COVID-19. Si le patient fait partie du personnel soignant, des mesures additionnelles sont à suivre (cfr. point 8.3).
 - et qu'il rentre dans une collectivité résidentielle (et risque d'exposer d'autres personnes à risque) ou qu'il est gravement immunodéprimé : application des mêmes mesures que celles indiquées pour « Transfert vers un autre service » ci-dessus.
- Les conseils d'hygiène pour le patient en isolement à domicile et son entourage se trouvent dans la procédure https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_case%20%26household_FR.pdf
- Lors de la sortie du patient, des données épidémiologiques doivent être transmises à Sciensano en utilisant le volet « sortie » du questionnaire en ligne qui se trouve ici : <http://surveys.sciensano.be/index.php/213436?lang=fr>

⁹ si le patient est toujours intubé, une période de 28 jours après début des symptômes doit être maintenue pour des raisons de sécurité.

7.3.DÉCÈS

- Chaque décès COVID-19 est aussi obligatoirement notifié dans le formulaire en ligne « suivi de l'occupation des lits hospitaliers par des patients COVID-19 », selon les directives déjà connues des hôpitaux. Depuis le 24 mars, cette base de données est la **référence officielle pour les décès** résultant du COVID-19. Les décès en milieu hospitalier ne doivent plus être signalés aux autorités régionales.
- En cas de décès du patient, des données épidémiologiques doivent être transmises à Sciensano en utilisant le volet « sortie » du questionnaire en ligne qui se trouve ici : <http://surveys.sciensano.be/index.php/213436?lang=fr>
- Sur le certificat de décès (Modèle IIIC ou IIID), en cas de décès d'un patient dont le test COVID-19 est positif ou en cas de suspicion clinique de COVID-19 sans test (cas possible), le médecin doit marquer sur le volet A sous la rubrique "obstacle au don du corps" : « **oui** », et sous la rubrique "obstacle pour transport avant la mise en bière" : « **non** ». Un cercueil hermétique n'est **pas** requis. Sur le volet A doit être marqué qu'il s'agit d'un décès (possible) de COVID-19. Des autres conseils pour la prise en charge du décès se trouvent ici https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_deaths_FR.pdf.

8. Mesures pour le personnel de santé dans le cadre du COVID-19

8.1.CONSIDÉRATIONS

- Les patients hospitalisés sont une population particulièrement vulnérable.
- Le personnel et une capacité hospitalière suffisants sont d'une importance capitale pendant une épidémie.
- Vu le risque de transmission pré- ou asymptomatique, du soignant au patient ou inversement, et qu'un test négatif n'exclut pas à 100% une infection, le port d'un masque buccal est recommandé pour tout le personnel soignant¹⁰ des hôpitaux, dans la mesure du possible.

8.2.LORS D'UNE EXPOSITION À UN CAS POSSIBLE / CONFIRMÉ

- La procédure pour les contacts d'un cas COVID-19 est disponible ici : https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf.
- En voici quelques points essentiels :
 - Les nouvelles mesures sont d'application lors d'un **contact avec un cas confirmé** de COVID-19 dans un délai de 2 jours avant le début des symptômes jusqu'à la fin de la période de contamination (en général, 7 jours après le début des symptômes, ou plus si les symptômes persistent). Dans certains cas, les mesures ci-dessous peuvent déjà être prises pour les **contacts d'un cas possible** de COVID-19, s'il y a une forte présomption de COVID-19 sur base d'une présentation clinique hautement suggestive et/ou d'un lien épidémiologique clair avec un cas confirmé.
 - En fonction du risque de contamination, les contacts sont divisés en deux groupes : les **contacts à « haut risque » = « contacts étroits »** et les **contacts à « faible risque »** (cfr. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf). Les professionnels de santé qui s'occupent de patients COVID-19 et le personnel de laboratoire qui manipule des échantillons des cas COVID-19, qui portent les équipements de protection individuelle recommandés (EPI), ne sont pas considérés comme des contacts étroits ni des contacts à faible risque.
- **La règle générale est que les personnes qui ont eu un contact à haut risque doivent être mises en quarantaine** et testés selon [la procédure contact](#). Cela vaut également pour le personnel soignant!

¹⁰ Défini comme personnes qui portent des soins et/ou de l'aide.

- **Exceptionnellement**, si c'est la seule façon d'assurer la continuité des soins¹¹, le travail pour les personnes asymptomatiques pendant la quarantaine est autorisé à condition que :
 - respecter les mesures d'hygiène pour les personnes contact à haut risque (http://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_highriskcontact_FR.pdf) ;
 - porter des équipements de protection individuelle (EPI) : suivi des procédures internes de prévention et port d'un masque chirurgical, pendant 14 jours après le diagnostic ;
 - respecter strictement les règles d'hygiène des mains ;
 - suivre activement la température corporelle et des symptômes possibles de COVID-19 ;
 - organiser le travail dans la mesure du possible de manière à éviter tout contact avec des patients immunodéprimés ;
 - garder une distance d'au moins 1,5 m avec les collègues ;
 - éviter les contacts sociaux hors du travail ;
 - ne pas voyager.
- En cas de **l'apparition de symptômes compatibles avec le COVID-19** (voir définition de cas), la personne devient un cas possible et doit être testée.
- En cas de résultat positif (avec ou sans symptômes), la personne est un cas confirmé et doit être isolée (voir ci-dessous).

8.3.POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES POSSIBLES DE COVID-19

Si le personnel soignant répond à la définition de cas:

- Prélèvement d'un échantillon pour le diagnostic de COVID-19 par le médecin généraliste s'il possède le matériel de protection et de prélèvement, dans un lieu de triage, ou (pour le personnel hospitalier) dans l'hôpital;
- En attendant le résultat, isolement à domicile ;
- **Si le résultat est positif = CAS CONFIRMÉ :**
 - (1) L'isolement à domicile est indiqué pendant minimum 7 jours après le début des symptômes **ET** avec au moins 3 jours sans fièvre **ET** avec une amélioration des symptômes respiratoires.
 - (2) Pour la reprise du travail, porter un masque chirurgical à tout moment dans la structure de soins jusqu'à la disparition complète des symptômes **ET** au moins jusqu'à 14 jours après le début des symptômes.
 - (3) Pour la prise en charge des contacts : voir procédure ici : https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf. Les contacts étroits doivent être mis en quarantaine à domicile.
- **Si le résultat est négatif** la poursuite du travail est possible dès que l'état clinique le permet mais avec le port d'un masque chirurgical jusqu'à la disparition des symptômes.

8.4.POUR LE PERSONNEL SOIGNANT ASYMPTOMATIQUE AVEC UN TEST COVID-19 POSITIF

= CAS CONFIRMÉ

- L'isolement à domicile est indiqué pour un minimum de 7 jours après le test ;
- Pour la prise en charge des contacts: voir procédure ici : https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf. Les contacts étroits doivent être mis en

¹¹ Cette exception ne peut être invoquée que pour le personnel qui est nécessaire pour garantir un minimum de soins de base. La décision est prise en concertation avec la direction et le service d'hygiène de l'hôpital. Cette exception ne peut pas être invoquée pour le personnel de soutien tel que le personnel de nettoyage et le personnel de cuisine.

quarantaine et testés.

- Dans des cas très exceptionnels, mais uniquement si toutes les autres mesures ont déjà été prises pour faire face à une éventuelle pénurie de personnel, le **personnel de santé asymptomatique mais qui a un test positif peut être invité à travailler**. Les conditions suivantes doivent alors être remplies :
 - ces membres du personnel ne peuvent être déployés que pour la prise en charge des patients COVID-19 **dans une unité COVID-19**
 - Cette exception ne peut être invoquée que pour le personnel nécessaire pour garantir un minimum de soins de base. Cette exception ne peut être invoquée pour le personnel de soutien comme le personnel de nettoyage et de cuisine.
 - La décision est toujours prise en concertation avec la direction et le service d'hygiène de l'hôpital.
 - Dans ce contexte, il convient d'éviter tout contact avec d'autres personnes et avec le personnel. Dans la mesure du possible, le membre du personnel soignant COVID+ utilise des entrées différentes, des vestiaires différents, des espaces de pause, évite les transports publics, etc.
 - Les membres du personnel ne peuvent jamais être obligés de travailler pendant leur période d'isolement
- En outre, le déploiement de personnel asymptomatique COVID-positif pendant la période de l'isolement n'est JAMAIS autorisé dans les circonstances suivantes :
 - Le résultat du test montre une charge virale élevée/une faible valeur de ct (≤ 25)
 - Le membre du personnel a été testé positif avec un test antigène rapide
 - Le membre du personnel se sent anxieux/inconfortable à l'idée de devoir travailler pendant la période d'isolement
 - Le membre du personnel doit travailler dans un service non-COVID

9. Mesures préventives

Tout patient possible COVID-19, en milieu hospitalier, doit être isolé et les **mesures gouttelettes-contact** appliquées. Lors de procédures aérosolisantes, les précautions airborne doivent également être appliquées.

	Mesures
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> - Séparez les patients suspects de COVID-19 des autres patients dès leur arrivée à l'hôpital et donnez-leur immédiatement un masque chirurgical. - Isolez le patient dans une chambre à 1 lit ou, en cas de patient confirmé, avec des patients ayant le même diagnostic. - Le déplacement du patient en dehors de la chambre doit être évité au maximum et le patient doit alors porter un masque chirurgical et appliquer une hygiène stricte des mains.
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Hygiène des mains après chaque contact avec une personne malade ou son environnement immédiat et immédiatement après retrait d'un élément du PPE. - Hygiène respiratoire et de la toux.
Moyens personnels de protection (PPE)	<ul style="list-style-type: none"> - Lors de chaque entrée dans la chambre: utiliser des gants, tablier, lunettes de protection (ou écran facial) et au minimum un masque chirurgical, éliminé / désinfecté (lunettes) immédiatement de manière appropriée après emploi. - Le personnel soignant doit éviter de se toucher le visage, les yeux et la bouche avec les mains (gantées). - Pour éviter une utilisation excessive des masques, il est préférable qu'un seul masque soit porté par shift. Si, au cours de ce shift, il est probable que le travailleur de santé soit confronté à une procédure génératrice d'aérosols chez un patient possible ou confirmé COVID-19, un masque FFP2 doit être porté dès le début du shift. Si disponible, le masque devrait être couvert par un écran facial et peut alors être porté pendant toute la durée du shift, quel que soit le nombre de patients pris en charge. - Un masque FFP2 est recommandé pour les soignants des unités COVID et pour tout soignant en cas de contact étroit prolongé (>15 à <1,5 m) avec un patient COVID-19 qui ne peut pas porter de masque. Vous trouverez ici des informations détaillées sur les recommandations concernant les masques buccaux.
Procédures générant des aérosols (AGP)¹²	<ul style="list-style-type: none"> - Si possible, placez le patient dans une chambre à pression négative avec $\geq 6-12$ changements d'air/heure avec contrôle du flux d'air. - Utilisez un masque FFP2 lors de procédure pouvant induire un aérosol (ex. : bronchoscopie).

¹² Certaines procédures qui génèrent des aérosols sont associées à un risque plus élevé de transmission de coronavirus (SARS-CoV en MERS-CoV). AGP sont : l'intubation endotrachéale ; bronchoscopie ; aspiration ouverte ; l'administration d'un traitement par nébulisation (à éviter au maximum en les remplaçant par l'usage de chambres d'expansion) ; ventilation manuelle avant l'intubation ; tourner le patient en décubitus ventral ; déconnecter le patient du respirateur ; ventilation non invasive à pression positive ; trachéotomie ; réanimation cardiopulmonaire ; certaines procédures dentaires

10. Prise en charge des contacts d'un cas possible ou confirmé

- Pour la prise en charge des contacts d'un cas confirmé de COVID-19, voir procédure spécifique ici : https://epidemie.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_contact_FR.pdf. Globalement, les personnes ayant eu un contact à haut risque, comme défini dans la procédure, doivent être placés en quarantaine. Pour ces contacts étroits, le médecin ou le centre d'appel peut délivrer un "certificat de quarantaine", par lequel la personne peut travailler (télé), mais ne peut pas se rendre sur son lieu de travail. Pour le patient index, il s'agit toujours d'un certificat d'incapacité qui doit être complété (cfr annexe 3). Plus d'informations concernant ses certificats se trouvent ici : <https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/certificats-medicaux-changement-pendant-covid19.aspx>
- Conseils d'hygiène au patient qui présente des symptômes d'infection au COVID-19 et est en isolement à la maison : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_case%20%26household_FR.pdf
- Conseil d'hygiène pour des contacts à haut risque asymptomatiques d'un patient atteint de COVID-19 : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_highriskcontact_FR.pdf
- Conseil d'hygiène pour des contacts à bas risque asymptomatiques d'un patient atteint de COVID-19 : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hygiene_lowriskcontact_FR.pdf

11. Situation épidémiologique

Les informations à propos du nouveau coronavirus sont régulièrement mises à jour sur le site du

- ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>)
- OMS (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>)
- Sciensano (<https://epidemie.wiv-isp.be/ID/Pages/COVID-19.aspx>.)

12. La version la plus récente de la procédure

La version la plus récente de la procédure est publiée sur la page web de Sciensano : <https://covid-19.sciensano.be/fr>

Inscrivez-vous sur la page web pour être informé des mises à jour.

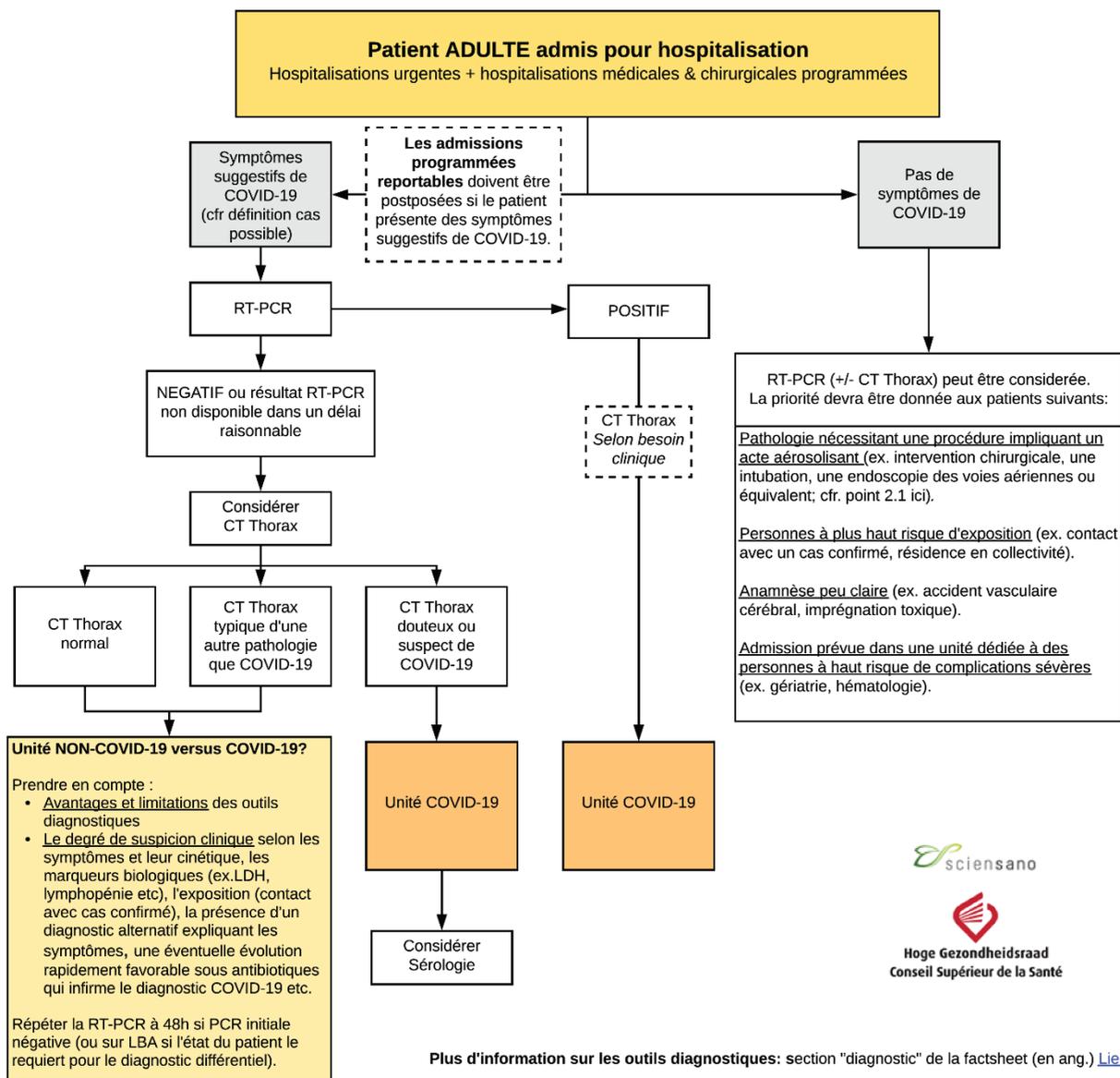
13. Coordonnées des autorités régionales de santé publique

- **Région de Bruxelles-Capitale - Brussels Hoofdstedelijk Gewest :**
02 552 01 91
COVID-hyg@ccc.brussels
Interface Matra –Bru: <https://www.wiv-isp.be/matra/bru/connexion.aspx>
<http://www.iriscare.brussels/fr/covid-19-coronavirus/>
- **Wallonie (AVIQ) et Communauté germanophone:**
071/337.777
surveillance.sante@aviq.be
Interface Matra : <https://www.wiv-isp.be/matra>
<https://www.aviq.be/coronavirus-professionnels.html>
- **Flandre**
Pendant les heures ouvrables :
 - Anvers : 03/224.62.06
 - Limbourg : 011/74.22.42
 - Flandre Orientale : 09/276.13.70
 - Brabant Flamand : 016/66.63.53
 - Flandre Occidentale : 050/24.79.15*Hors heures ouvrables :* 02/512.93.89
Infectieziektebestrijding@vlaanderen.be of
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals>
Formulaire web pour l'enregistrement des clusters en Flandre :
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/bron-en-clusteronderzoek>

ANNEXE 1 : guide pour l'utilisation des outils diagnostiques de COVID-19 chez les patients adultes hospitalisés

→ [Ouvrir le document en PDF](#)

Ces lignes directrices sont à appliquer en tenant compte du contexte épidémiologique, de la politique interne et de la logistique déjà mises en place localement et en fonction de la capacité de laboratoire de l'hôpital.



Unité NON-COVID-19 versus COVID-19?

Prendre en compte :

- **Avantages et limitations** des outils diagnostiques
- **Le degré de suspicion clinique** selon les symptômes et leur cinétique, les marqueurs biologiques (ex.LDH, lymphopénie etc), l'exposition (contact avec cas confirmé), la présence d'un diagnostic alternatif expliquant les symptômes, une éventuelle évolution rapidement favorable sous antibiotiques qui infirme le diagnostic COVID-19 etc.

Répéter la RT-PCR à 48h si PCR initiale négative (ou sur LBA si l'état du patient le requiert pour le diagnostic différentiel).

TESTS DE LABORATOIRE

RT-PCR :

- La sensibilité de la RT-PCR au niveau du frottis naso-pharyngé serait la plus élevée le jour précédent et les premiers jours suivants l'apparition des symptômes (période de charge virale la plus haute).
- Afin de minimiser le risque de faux négatifs, les précautions pré-analytiques doivent être respectées (procédure d'échantillonnage, matériel utilisé, conditions de transport); informations disponibles en [FR](#) et [NL](#).
- Le test offre une excellente spécificité.

Test Antigène rapide :

Si utilisation comme outil diagnostique ou de dépistage :

- Test positif -> équivaut à RT-PCR positif.
- Test négatif -> toujours faire une RT-PCR (sensibilité max. de 60%).

Sérologie:

- Peut être utilisée dans la démarche diagnostique en cas de RT-PCR négative et CT Thorax positif/douteux.
- La sensibilité de ces tests dans des populations pauci ou asymptomatiques est actuellement encore peu documentée.
- La corrélation entre les niveaux d'anticorps et la protection contre la réinfection ou la maladie est actuellement inconnue.

CT THORAX

Messages clés extraits de l'avis du CSS (lien):

- Le CT-scanner thoracique présente une grande sensibilité [...] mais sa spécificité est moins avantageuse.
- Le diagnostic Covid-19 par imagerie doit être confirmé par RT-PCR tant que la situation le permet et dans tous les cas de diagnostic douteux.
- Peut être utilisé comme outil de triage chez des patients hospitalisés sélectionnés sur base clinique (patients identifiés cliniquement comme potentiellement infectés par le SARS-CoV-2, c.-à-d. patients avec plaintes respiratoires, ainsi que dans certaines situations comme des patients incapables de communiquer ou présentant des facteurs de risque), à des fins de répartition entre zones hospitalières Covid – non-Covid [...].
- Sauf exception, le CT-scan ne doit pour l'instant pas être utilisé en première ligne pour le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 chez des personnes asymptomatiques hospitalisées ou chez les personnes suspectes de Covid mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Par ailleurs, le CT Thorax aurait une sensibilité plus basse dans les premiers jours suivant l'apparition des symptômes.

- Pour les **femmes enceintes** sans symptôme de Covid 19: privilégier les méthodes non irradiantes (RT-PCR).
- Pour les **interventions urgentes** impliquant un acte aérosolisant, la rapidité d'obtention d'un résultat du test doit être pris en compte (place potentielle du CT Thorax).



Plus d'information sur les outils diagnostiques: section "diagnostic" de la factsheet (en ang.) [Lien](#)

ANNEXE 2 : Questionnaire : « Volet admission », « Volet sortie », « Volet USI »

VOLET ADMISSION

Ce formulaire est rempli ONLINE pour tout patient COVID-19 confirmé par laboratoire ou par imagerie médicale (scanner thoracique) hospitalisé (à l'exclusion des hospitalisations de jour), à l'admission du patient.

<https://covid19hosp.healthdata.be>

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.

Ce traitement de données est autorisée par la Chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information (délibération 17-065-f130-COVID-19). Ce traitement de données a également été approuvé par le Comité d'éthique de l'UZ Gent (dossier BC-07507).

Si vous avez des questions concernant le rapportage de ces données, envoyez un message à hospital_datacollection@sciensano.be

Section 1 : Informations du patient

Hôpital _____

Numéro de dossier hospitalier du patient _____

Numéro NISS : _____

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

Genre: Homme Femme Autre Inconnu

Code postal (en Belgique) : _____

Indiquez s'il s'agit d'une réadmission d'un patient précédemment hospitalisé pour COVID-19:

Non Oui Inconnu

Pour les patients réadmis, pouvez-vous compléter uniquement la date de réadmission, le motif de la réadmission (lié au COVID-19 ou pour autre raison), les signes et symptômes lors de la réadmission ? Ensuite allez directement à la section 4.

Le patient est un professionnel de santé ? Non Oui Inconnu

Le patient réside-t-il dans une maison de repos ? Non Oui Inconnu

Ethnicité : Européen Hispanique Asiatique Africain subsaharien

Nord-Africain Mixte Autre Inconnu

Motif du test :

Test pour symptômes suggestifs de COVID-19

Dépistage systématique d'un patient hospitalisé ne présentant pas de symptômes suggestifs de COVID-19. Par exemple, dépistage systématique de toutes les admissions dans l'hôpital, dépistage avant une procédure, dépistage d'un patient ayant partagé la chambre d'un patient confirmé

Autre

Inconnu

Section 2 : Données cliniques à l'admission

Date d'apparition des symptômes suggestifs de COVID-19 (jour/mois/année): __/__/____
(Si date inconnue ou asymptomatique : 01/01/1901)

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

Le patient est-il transféré d'un autre hôpital - Si transfert, de quel hôpital ? _____

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

(Si le patient a été admis avant le développement des symptômes de COVID-19, renseignez les symptômes constatés lors de la suspicion de COVID-19)

- Fièvre / frissons
- Voies respiratoires inférieures (essoufflement, toux, expectorations, douleur inspiratoire)
- Symptômes gastro-intestinaux (diarrhée, nausée, vomissement, douleur abdominale)
- Mal de tête / myalgie / douleur articulaire / faiblesse généralisée (syndrome viral)
- Voies respiratoires supérieures (maux de gorge, écoulement nasal)
- Anosmie / agueusie
- Autre, précisez _____ Aucun

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

- Grossesse (trimestre: _____)
- Post-partum (<6 semaines)
- Maladie cardiovasculaire
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Maladie rénale chronique
- Maladie chronique du foie
- Maladie chronique des poumons
- Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique, excepté les troubles cognitifs
- Trouble cognitif
- Immunodépression, incluant VIH
- Transplantation organe solide
- Cancer solide

Si oui, cancer solide actif endéans les 5 ans précédant l'admission : Oui Non Inconnu

Cancer hématologique

Si oui, cancer hématologique actif endéans les 5 ans précédant l'admission : Oui Non Inconnu

Obésité (pour adulte: BMI \geq 30 kg/m²)

Autre maladie, à spécifier : _____

Aucun

Fumeur actuel : ? Non Oui Inconnu

Section 3: Confirmation du diagnostic

Complications : le patient-a-t-il présenté les complications suivantes (cochez toutes celles applicables):

- Aucune
- ARDS *(Définition de Berlin (Ranieri et al, JAMA 2013) : 4 critères suivants : (1) Détresse respiratoire aiguë apparue depuis moins d'une semaine, (2) infiltrats pulmonaires bilatéraux, (3) défaillance respiratoire non expliquée essentiellement par une défaillance cardiaque ou une surcharge rapport $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mm Hg et $PEEP \geq 5$ cm H₂O)*
- MOF
- Sepsis *(Défini par les critères de Sepsis-3 (Singer et al JAMA 2016) : dysfonctionnement d'un organe mettant la vie en danger, causé par une réponse dysrégulée de l'hôte à l'infection. Le dysfonctionnement d'un organe est défini comme une modification aiguë de la SOFA totale ≥ 2 points)*
- Surinfection bactérienne pulmonaire
- Bactériémie
- Infection fongique (aspergillus et autres moisissures, excluant les levures telles Candida)
- Insuffisance rénale
- Altération de la conscience
- Choc
- Embolie pulmonaire (objectivée par imagerie médicale)
- Syndrome coronarien aigu
- AVC (aigu ischémique ou hémorragique)
- Hypoxie hépatique (foie ischémique) (*GOT ou GPT > 1000 IU/L*)
- Autre : _____

Section 3 : Données biologiques

	A l'admission à l'hôpital	
PaO ₂	_____ mm Hg	<input type="checkbox"/>
	NF	
Taux de lymphocytes	_____ /mm ³	<input type="checkbox"/>
	NF	
LDH	_____ U/L	<input type="checkbox"/>
	NF	
CRP	_____ mg/L	<input type="checkbox"/>
	NF	

NF=Non Fait

Une sérologie SARS-CoV-2 a-t-elle été effectuée pour ce patient ? Non Oui Inconnu
 Si oui, résultat : Positif Négatif Indéterminé Inconnu

Section 4 : Traitement

Traitement spécifique pour Covid-19 reçu par le patient

Hydroxychloroquine: Non Oui Inconnu
 Remdesivir: Non Oui Inconnu
 Macrolides: Non Oui Inconnu
 Autre thérapie spécifique pour le COVID-19: Non Oui Inconnu
 Si oui, Nom du médicament : _____

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

Traitement par corticoïdes systémiques dans le cadre de la prise en charge COVID-19:

Non Oui Inconnu

Prévention par HBPM : Non Oui Inconnu

Si oui, dose prophylactique standard

dose prophylactique élevée ou anticoagulation thérapeutique

inconnu

Section 5 : Etat de santé à la sortie

Etat de santé au moment de la sortie:

Rétabli Décédé Inconnu Transfert, vers quel hôpital ? _____

Autre, précisez : _____

Si décédé, décès lié au COVID-19 :

Non Oui Inconnu

(à compléter comme le certificat de décès: indiquez « Oui » si COVID-19 considéré comme cause initiale)

Si non, quelle était la cause : _____

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

Pour les patients ayant séjourné en USI, un questionnaire complémentaire vous sera envoyé pour obtenir des informations plus spécifiques et nécessaires à l'étude de cette population. Ce questionnaire a été créé en collaboration avec les Société Belge de Soins Intensifs (SIZ) et est destiné aux soignants des USI.

Section 6 : 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.

Une lettre d'information à remettre au patient vous sera envoyée par email.

VOLET USI

Ce formulaire est rempli ONLINE pour tout patient COVID-19 confirmé par laboratoire ou par imagerie médicale hospitalisé ayant séjourné en soins intensifs, après la sortie du patient.

<https://covid19hosp.healthdata.be>

Veillez à ce que le volet sortie soit soumis pour le patient avant de remplir le volet USI.

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.

Hôpital _____

Numéro de dossier hospitalier du patient _____

Numéro NISS : _____

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

Genre: Homme Femme

Code postal (en Belgique) : _____

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

Score SOFA à l'admission à l'USI (PedSOFA < 18 ans) : _____

Si patient sédaté, utilisez le dernier score de Glasgow disponible à l'admission ou avant intubation pour le score SOFA neurologique (si inconnu, indiquez 99)

Motif d'admission à l'USI (indiquez une seule réponse : le motif principal)

- Insuffisance respiratoire
- Choc (toute origine) (Besoin d'un vasopresseur et lactate > 2.0 mmol/L)
- Hémorragie
- Dysfonctionnement cérébral aigu
- Dysfonction hépatique
- Lésion rénale aiguë (définition KDIGO)
- Monitoring post-opératoire
- Autre : _____

Assistance respiratoire non-invasive : Non Oui Inconnu

Si oui, durée de l'assistance respiratoire non invasive : _____ jours

Assistance respiratoire non invasive seulement après extubation pour sevrage de l'assistance invasive : Non Oui Inconnu

Assistance respiratoire invasive : Non Oui Inconnu

Si oui, durée de l'assistance respiratoire invasive : _____ jours

Sevrage de la ventilation invasive : Non (décédé durant ventilation invasive)
 Oui (sevrage réussi)
 Inconnu

Oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO/ECCO2R) : Non Oui Inconnu
Si oui, durée sous ECMO/ECCO2R : _____ jours
Sevrage de l'ECMO/ECCO2R : Non (décédé durant ECMO/ECCO2R)
 Oui (sevrage réussi)
 Inconnu

Durant son séjour à l'USI, le patient a-t-il

- reçu un vasopresseur? Non Oui Inconnu
- reçu un agent inotrope? Non Oui Inconnu
- été positionné en décubitus ventral? Non Oui Inconnu
- reçu une thérapie de remplacement rénal? Non Oui Inconnu
- eu une trachéotomie ? Non Oui Inconnu

Valeur de lactate à l'admission à l'USI : _____ mmol/L

Rapport PaO₂ (mm Hg)/ FiO₂ (%) le plus bas dans les 1ères 48h d'admission à l'USI (avec ou sans support ventilatoire) : _____

Valeur de CRP à l'admission à l'USI : _____ mg/L

Valeur de ferritine à l'admission à l'USI : _____ ng/ml

Valeur de D-dimères à l'admission à l'USI : _____ ng/ml

Date de sortie de l'USI (jour/mois/année): ___/___/___

Etat de santé à la sortie de l'USI:

- Vivant Décédé

Si décédé, motif du décès (sélectionnez une seule réponse):

- Hypoxémie réfractaire
- Choc réfractaire
- Lésion cérébrale dévastatrice
- Retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales
- Syndrome de défaillance multiviscérale (MOF)
- Ischémie mésentérique
- Inconnu
- Autre: _____

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.

Une lettre d'information à remettre au patient vous sera envoyée par email.

Formulaire de rapportage - patients hospitalisés avec une infection confirmée (par laboratoire ou imagerie médicale) par le coronavirus COVID-19

Questionnaire supplémentaire pour les patients de moins de 18 ans

A la demande du groupe de surveillance pédiatrique COVID-19, des questions spécifiques pour les patients de moins de 18 ans ont été ajoutées dans les volets admission et sortie de cette surveillance depuis le 8 juin.

Dans le questionnaire online, ces questions apparaissent uniquement pour les patients dont la date de naissance correspond à un âge inférieur à 18 ans.

Pour rapportage des données par lot, ces questions ne concernent également que les patients âgés de moins de 18 ans.

Questions supplémentaires pédiatriques dans le volet admission :

Section 1 : Informations du patient :

Nombre de personnes vivant dans le même ménage que le patient : _____ (patient inclus, si le patients vit seul = 1)

Cas index (suspect ou confirmé) de COVID-19 dans le ménage : Autre(s) personne(s) dans le même ménage avec COVID-19 suspect ou confirmé dans les 14 jours précédant le début des symptômes du patient hospitalisé :

Patient est le cas index Oui, un adulte Oui, un autre enfant Inconnu

Section 2 : Données cliniques à l'admission :

• Symptômes supplémentaires :

Diminution de l'alimentation Eruption cutanée
 Erythème polymorphe Urticaire Eruption pétéchiale

• Signes à l'admission

(Si le patient a été admis avant le développement des signes cliniques de COVID-19, renseignez les signes cliniques constatés lors de la suspicion de COVID-19)

Température: _____ °C

< 18 ans

Fréquence cardiaque : _____ / min

Fréquence respiratoire : _____ / min

Tension artérielle systolique : _____ mm Hg

Tension artérielle diastolique : _____ mm Hg

SpO2 : _____ mm Hg

- Cochez tous les signes observés :

Exsudat pharyngé Coma
 Injection conjonctivale Dyspnée / tachypnée
 Convulsions Auscultation pulmonaire anormale
 Résultats anormaux d'imagerie pulmonaire compatible avec une pneumonie virale
 Autres signes, précisez : _____ Aucun

• Comorbidités : questions supplémentaires :

Si maladie cardio-vasculaire, présence d'une insuffisance cardiaque: Oui Non

Si maladie pulmonaire chronique, précisez :

Mucoviscidose Asthme sévère Bronchiectasie Dyskinésie ciliaire primitive
 Tuberculose Dysplasie broncho-pulmonaire Autre Inconnu

Si immunodépression, précisez :

- VIH Immunodéficience primaire Traitement immunosuppresseur
 Autre Inconnu

Si transplantation d'organe solide, quel organe a été transplanté, indiquez tous ceux applicables :

- Rein Foie Poumon Coeur Autre

Date de la transplantation (jj/mm/aaa) : _____

Si cancer hématologique, greffe de cellules souches ? Non Oui

Date de la transplantation (jj/mm/aaa) : _____

Prématurité

Si prématurité, nombre de semaines à l'arrêt de la grossesse : _____

Poids de naissance : _____ gr

Traitement habituel :

- AINS Non Oui Inconnu
 Corticoïdes PO Non Oui Inconnu Si oui dose : _____ mg/kg/j
 Immunodépresseur Non Oui Inconnu

Questions supplémentaires pédiatriques dans le volet sortie :

Section 2 : critères de sévérité :

Résultats de la radiographie : sélectionnez tous ceux applicables :

- Non fait Normal Syndrome interstitiel
 Cardiomégalie Epanchement pleural Condensation alvéolaire
 Autre

Résultats au CT-scan : sélectionnez tous ceux applicables :

- Non fait Normal Image en verre dépoli
 Crazy paving Micronodules Epanchement pleural
 Condensations alvéolaires Bronchiectasies Autre

Syndrome de Kawasaki : le patient a-t-il présenté un tableau de type Kawasaki / SIRS (systemic inflammatory response syndrome)? Non Oui Inconnu

Si oui, Traitement immunoglobuline : Non Oui Inconnu

Traitement corticoïdes : Non Oui Inconnu

Traitement aspirine : Non Oui Inconnu

Section 3 : Données biologiques

Hémoculture positive : Non fait Non Oui Inconnu

Si positive, germe : _____ (si plusieurs hémocultures faites durant l'hospitalisation, indiquez tous les germes identifiés)

Co-infection par virus respiratoire : Non Oui Non testé Inconnu

Si oui, quel virus : _____

Section 4 : Traitement

- Traitement antibiotique 1 : Non Oui Inconnu
 - Indication : prophylaxie sepsis infection cathéter veineux central Autre
 Traitement antibiotique 2 : Non Oui Inconnu
 - Indication : prophylaxie sepsis infection cathéter veineux central Autre

Nutrition parentérale : oui non Inconnu

ARCHIVE

ANNEXE 3 : Certificat de quarantaine et incapacité de travail

Plus d'informations concernant et la dernière version de ses certificats se trouvent ici : <https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/certificats-medicaux-changement-pendant-covid19.aspx>

ARCHIVE

CERTIFICAT DE « QUARANTAINE »

destiné à l'employeur du patient / au patient travailleur indépendant

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé ce jour

Nom, prénom du patient :

.....

Numéro d'identification du Registre national du patient :

.....

déclare que :

La personne est capable de travailler mais n'est pas autorisée à se rendre sur son lieu de travail
du ... / ... / 2020 au ... / ... / 2020 (inclus).

Ce certificat concerne :

- le début de la mise en quarantaine
- une prolongation de la mise en quarantaine

Sortie interdite.

Identification du médecin avec numéro INAMI :

Signature :

Date : ... / ... / 2020