

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

Par quel examen le diagnostic d'infection par COVID-19 a-t-il été posé ? (cochez tous ceux applicables)

- Résultat de PCR positif Scanner thoracique typique
 Test rapide antigène positif Inconnu

Date du diagnostic (*en cas de confirmation par plusieurs techniques, rapportez la première confirmation*):
(jour/mois/année): __/__/____

Section 4 : Personne ayant complété le formulaire

Nom : _____

Téléphone _____

Email : _____

VOLET SORTIE

Ce formulaire est rempli ONLINE pour tout patient COVID-19 confirmé par laboratoire ou par imagerie médicale hospitalisé (excluant les hospitalisations de jour), après la sortie 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.

Section 1 : Informations du patient

Hôpital _____
Numéro de dossier hospitalier du patient _____
Numéro NISS : _____
Date de naissance: (jour/mois/année): __/__/____
Genre: Homme Femme
Code postal (en Belgique) : _____

Section 2: Critères de sévérité

Pneumonie à l'imagerie médicale : Non Oui Non fait Inconnu

Oxygénothérapie Non Oui Inconnu

Transfert en soins intensifs (USI) ? Non Oui Inconnu

(C'est-à-dire: traité aux soins intensifs pendant tout ou partie de la période d'hospitalisation)

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

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 (4) 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 : _____ (à compléter comme le certificat de décès: indiquez « Non
 Oui Inconnu 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 Immunodéficiences primaires 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