

Surveillance des cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation
A remplir pour tout cas confirmé ou cas probable de COVID-19 à faxer à la cellule régionale X au :
XX XX XX XX XX

Cas confirmé : patient hospitalisé dans un **service de réanimation** et présentant un diagnostic de COVID-19 confirmé biologiquement

Cas probable : patient hospitalisé dans un **service de réanimation** et présentant une TDM thoracique évocatrice de diagnostic de COVID-19

Hôpital : Service : Téléphone du service : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecin déclarant : Email :

Patient Nom et prénom : Date d'admission en réa : ___/___/___

Date de naissance : ___/___/___ ou Age (en mois si < 1 an) Sexe : M F Département du domicile : |_|_|_|

Date de début des signes : ___/___/___ Date d'hospitalisation : ___/___/___ (Si pas admis en réanimation directement)

Le patient est un professionnel de santé IMC : |_|_|_|kg.m²

Transfert d'une autre réanimation : précisez CH Ville département :

Facteurs de risque possibles de formes sévères de COVID-19 (autre que l'âge) *Plusieurs réponses possibles*

- Aucun Ne sait pas Grossesse HTA Surpoids ou obésité (IMC≥25) Diabète (type 1 et 2)
- Pathologie pulmonaire (Affection broncho-pulmonaire chronique, asthme, dysplasie broncho-pulmonaire et mucoviscidose, insuffisance respiratoire chronique)
- Pathologie cardiaque (Cardiopathie congénitale mal tolérée ; insuffisance cardiaque, valvulopathie et trouble du rythme grave, maladie des coronaires)
- Pathologie neuro-musculaire (AVC, forme grave d'une affections neurologique ou musculaire, para et tétraplégie avec atteinte du diaphragme)
- Pathologie rénale (Néphropathie chronique grave, syndrome néphrotique) Pathologie hépatique (Cirrhose)
- Immunodéficience (Traitement immunosuppresseur, déficit immunitaire primitif ou acquis sauf traitement régulier par Ig ; infection par le VIH ; transplantation)
- Prématurité / Age (semaines d'aménorrhée) : |_|_|_|SA Autre(s), précisez :

Diagnostic virologique Nom du laboratoire ayant réalisé le diagnostic :

Prélèvement pour recherche COVID-19

- Naso/rhinopharyngé Fait Non fait NSP Si fait, résultat : Positif Négatif Indéterminé
- Profond (crachat induit LBA) Fait Non fait NSP Si fait, résultat : Positif Négatif Indéterminé
- Selles ou écouvillon rectal Fait Non fait NSP Si fait, résultat : Positif Négatif Indéterminé
- Sanguin Fait Non fait NSP Si fait, résultat : Positif Négatif Indéterminé
- Co-infection(s) documentée(s) : Grippe A Grippe B Rhinovirus VRS Virus para-influenzae Coronavirus saisonnier
- S. pneumoniae S. aureus H. influenzae Autre(s), précisez :

Diagnostic radiologique

Réalisation d'une TDM thoracique pour recherche de signe(s) évocateur(s) de COVID-19

Fait Non fait NSP Si fait, résultat évocateur : Oui Non Indéterminé

Éléments de gravité A l'admission dans le service de réanimation

SDRA¹⁾ Non Oui Si oui, sévérité : Mineur Modéré Sévère

Type d'assistance ou aide ventilatoire

O₂ (lunettes ou masque) VNI O₂ haut débit (Optiflow™) Ventilation invasive Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

Sur l'ensemble du séjour en réanimation (à compléter à la sortie de réanimation)

SDRA¹⁾ Non Oui Si oui, sévérité maximale observée : Mineur Modéré Sévère

Type(s) d'assistance ou aide ventilatoire *Plusieurs réponses possibles*

O₂ (lunettes ou masque) VNI O₂ haut débit (Optiflow™) Ventilation invasive Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

¹⁾ *Adulte : selon les critères de Berlin ; Pédiatrie : selon la définition PALICC Pediatr Crit Care Med 2015*

Evolution Date : ___/___/___ Transfert hors réanimation ou retour à domicile Transfert vers un autre service de réanimation

Décès Précisez :

Cause du décès : Hypoxémie réfractaire Défaillance multi-viscérale Autre, précisez :